RAPPORT DE GESTION

2012-2013

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

RAPPORT DE GESTION

2012-2013

Document réalisé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Coordination

Sandra Morin, chef de service des communications, des affaires corporatives et coordonnatrice régionale en sécurité civile - mission santé
Pascal Paradis, conseiller en communication

Réalisation technique

Karine Poirier, agente administrative

Note

Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

© Agence de la santé et des services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2013

Dépôt légal - 4e trimestre 2013
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-89003-258-3 (version imprimée)
ISBN 978-2-89003-259-0 (PDF)

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Pierre Lamontagne

Gaétan Garon

Monsieur le Ministre,

Ce rapport annuel de gestion présente les principaux résultats atteints au cours de l'année 2012-2013 dans la prise en charge de la santé et du bien-être de la population de la Côte-Nord. Il présente aussi certains défis particuliers qui nécessitent le déploiement d'efforts importants, vue la population restreinte d'environ 95 000 habitants dispersée sur un territoire immense, de près de 1 300 km de côte.

Afin de donner une accessibilité plus équitable aux services ambulanciers, une revue des besoins a amené un rehaussement des services dans les zones ambulancières des municipalités régionales de comté (MRC) de Sept-Rivières et de la Minganie.

Dans le cadre des priorités ministérielles, des efforts particuliers ont été déployés pour consolider ou améliorer un ensemble de services, notamment :

- Le réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA);
- L'accès aux services de soutien à domicile;
- Les services offerts dans les délais prescrits pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement;
- L'atteinte des cibles pour les délais de séjour à l'urgence dont les résultats restent tributaires d'une amélioration encore plus importante de l'accès aux services de première ligne et aux ressources d'hébergement diversifiées;
- L'accès à la chirurgie, particulièrement pour la cataracte, la chirurgie de la hanche et plusieurs chirurgies qui nécessitent une hospitalisation.

Des améliorations encore plus importantes pourront être apportées pour l'accès aux services spécialisés, avec le succès anticipé des stratégies de recrutement de médecins spécialistes présentement déployées.

Les défis d'optimisation présentés au réseau de la santé et des services sociaux sont de plus en plus difficiles à rencontrer. Face à cela, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) du pôle ouest de la région ont convenu, à l'unanimité, de fusionner leurs installations. De nouvelles lettres patentes ont été émises, à cet effet, le 28 juin 2013.

Dans ce contexte, malgré les efforts déployés pour aider les établissements à atteindre l'équilibre budgétaire, quelques établissements du pôle est de la Côte-Nord affichent un important déficit au 31 mars 2013. Des mesures particulières d'accompagnement seront mises en place dans ces établissements, dans l'année en cours, pour remédier à cette situation. Les établissements du pôle est sauront peut-être s'inspirer de l'approche choisie par ceux du pôle ouest, pour mieux relever ce défi d'optimisation. Des collaborations interétablissements ont d'ailleurs permis, au cours des dernières années, de dégager des marges de manœuvre qui favorisent la consolidation des services de proximité.

Un des plus grands défis auquel la région fait face depuis plusieurs années, est celui du recrutement et de la rétention du personnel de multiples professions, notamment le personnel des soins infirmiers et, dans plusieurs domaines, des services psychosociaux. L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Agence) a entrepris une démarche et est en voie de déployer un plan d'action qui doit permettre de résoudre ce problème en diminuant d'au moins 40 % le recours à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire obligatoire au cours des deux prochaines années.

Autant le territoire de la Côte-Nord est vaste, autant sa population y est dispersée et constitue un enjeu particulier pour l'organisation et la prestation des services, autant les résultats atteints sont liés à l'engagement indéfectible, au courage, au dynamisme de l'ensemble des acteurs nord-côtiers impliqués dans la prise en charge de la santé et du bien-être de la population.

Nos derniers mots sont des remerciements sincères qui s'adressent à l'ensemble des acteurs et partenaires de la Côte-Nord qui travaillent à améliorer l'accès et la qualité des services offerts à la population. Sans les efforts de ces médecins, de ces professionnels, du personnel et des bénévoles au sein des établissements, de l'Agence et des organismes communautaires, de nombreux besoins ne pourraient être satisfaits à la hauteur qu'ils le sont actuellement.

Recevez, Monsieur le Ministre, l'expression de nos plus cordiales salutations.

Le président du conseil d'administration,

Pierre Lamontagne

Le président-directeur général,

Gaétan Garon

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Raynald Cloutier

La Loi sur la santé publique demande au directeur de santé publique de produire un rapport annuel portant sur l'état de santé de la population et les actions de santé publique prises pour améliorer l'état de santé.

La Côte-Nord est confrontée à de nombreux enjeux de protection de la santé publique en santé environnementale. Que ce soit le développement nordique ou des contraintes naturelles telles que l'érosion des berges et les pluies abondantes, nous devons régulièrement travailler à contrôler les risques et informer adéquatement la population.

La prévention et le contrôle des risques en santé environnementale relèvent d'une multitude de ministères et organismes qui doivent se concerter pour évaluer les problématiques et planifier les interventions. La Direction de santé publique s'est positionnée comme intervenant pour assurer la santé et le bien-être de la population. Concrètement, en santé environnementale, au cours des deux dernières années, la Direction de santé publique est intervenue dans les dossiers suivants : l'accès à l'eau potable du parc Murray à Pointe-Lebel, le suivi de la qualité de l'air à Sept-Îles, l'information à la population concernant les effets sur la santé d'un projet uranifère, les impacts sur la population de l'érosion des berges, la gestion des risques d'origine industrielle et le contrôle de la qualité de l'eau.

Pour réaliser son mandat, la Direction de santé publique travaille avec les ministères, les municipalités et des organismes tels que le Conseil régional de l'environnement et les organismes de bassins versants.

Parc Murray à Pointe-Lebel

La problématique des résidents du parc Murray a occupé les médias durant de nombreuses années. En 2012, la concertation entre les responsables politiques, les ministères et les citoyens a permis de rendre disponible une eau potable de qualité. La solution découle directement d'une volonté de placer la santé et le mieux-être de la population au cœur de la recherche de solutions. La mobilisation de la population a également été un facteur déterminant dans la recherche de solutions.

Qualité de l'air à Sept-Îles

Les citoyens de Sept-Îles soulèvent régulièrement la problématique de la qualité de l'air, qu'elle soit reliée aux activités industrielles ou aux activités humaines. L'exposition aux fumées de poêle à bois est connue depuis des années et a fait l'objet d'interventions. En 2009, le ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs (MDDEFP) déposait un rapport qui confirmait que la qualité de l'air à Sept-Îles respectait les normes reconnues. Cependant, il maintenait sa surveillance des potentiels de contamination provenant du secteur industriel. En 2012, le MDDEFP a convenu d'effectuer une évaluation de la qualité de l'air pour une période d'un an. Cette évaluation doit permettre d'apprécier la qualité de l'air à Sept-Îles. Avec l'arrivée d'un projet minier à proximité de la ville (mine d'apatite), les citoyens et les élus pourront compter sur un seuil de référence.

Actuellement, la ville a mis en place un comité de travail qui assume le rôle de concertation avec les ministères et organismes.

Groupe de travail sur l'uranium

En 2010, à la suite d'une intervention du directeur national de santé publique, docteur Alain Poirier, débutaient des travaux qui devaient permettre d'informer adéquatement les citoyens de Sept-Îles et de la Côte-Nord concernant les effets sur la santé d'un projet uranifère. Le groupe de travail, composé de médecins, de citoyens, de représentants municipaux et des ministères et organismes concernés, a déjà diffusé douze publications portant sur le rôle des organismes publics, l'utilisation de l'uranium et ses impacts sur la santé et le mieux-être des citoyens. Le rapport final, incluant l'évaluation de risque et la revue de la littérature réalisée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), devrait être disponible à l'automne 2013. Le rapport du groupe de travail contiendra, en plus d'une synthèse des travaux réalisés, des recommandations favorisant le bien-être de la population et un développement en harmonie avec la vie communautaire des communautés affectées par des projets d'exploration ou d'exploitation d'une mine d'uranium.

Érosion des berges

En 2011, la Direction de santé publique de l'Agence concluait une entente avec le ministère de la Sécurité publique et la Conférence régionale des élus de la Côte-Nord pour réaliser un projet d'accompagnement pour les communautés affectées par l'érosion des berges. Ce projet découlait du rapport de Brisson et Richardson de 2009 qui recommandait une implication des communautés et des citoyens dans la recherche de solutions. Le rapport relevait également une grande lacune en termes de communication.

Comme le rapport du projet d'accompagnement le confirmera, la communication et la coordination des ministères et organismes demeurent les lacunes les plus importantes soulevées par les citoyens. Trop souvent, on utilise un langage scientifique peu compréhensible. Les citoyens déplorent également l'absence de lieu d'échange ou de porte-parole identifié permettant de les guider dans la mise en place de solutions.

Le rapport met en évidence le sentiment d'abandon perçu par la population à qui l'on dit ce qu'elle ne peut pas faire. Devant la possibilité de perdre leur résidence, la population perd confiance et se sent légitimée d'agir même si les gestes sont empreints d'une certaine délinquance.

Risques industriels majeurs

En 2012, la Direction de santé publique a collaboré avec le service de sécurité civile - mission santé à la réalisation d'une évaluation sommaire des risques potentiels pouvant découler d'un accident d'origine industrielle dans la région. Le réseau routier sur lequel circulent des matières dangereuses et les industries qui utilisent et entreposent des quantités significatives de produits toxiques constituent deux exemples de risques pour lesquels le réseau de la santé doit prévoir des interventions en collaboration avec les ministères et organismes concernés.

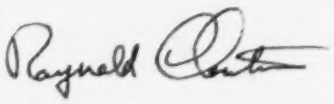
Contrôle de la qualité de l'eau

La Côte-Nord possède un nombre très élevé de réseaux d'eau potable si l'on considère sa population. Les gestionnaires de ces réseaux sont aux prises avec des problématiques d'approvisionnement et de maintien de la qualité de l'eau potable distribuée à la population. Plus de 40 % des Nord-Côtiers sont exposés à des concentrations hors normes de trihalométhanes (THM), un produit issu de la chloration et reconnu dangereux pour la santé. Dans la région, on constate qu'entre cinq et dix réseaux d'eau potable sont aux prises avec une problématique de contamination biologique annuellement. De plus, aucun réseau n'offre la fluoration de l'eau, pourtant reconnue comme très favorable à la santé dentaire.

Conclusion

En définitive, les situations critiques affectant la santé environnementale constituent un défi pour la protection de la santé publique. La région a basé son intervention sur la concertation entre les ministères et organismes concernés. Il demeure un certain morcellement à corriger si la région souhaite une approche coordonnée. L'identification d'un « leadership » régional unique faciliterait la priorisation et l'implantation de solutions adaptées aux réalités régionales.

Le directeur de santé publique,



Raynald Cloutier, m.d.

DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

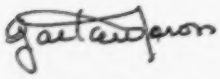
Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'Agence et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport de gestion 2012-2013 de l'Agence ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

Le président-directeur général,



Gaétan Garon

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I - PRÉSENTATION DE L'AGENCE ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU NORD-CÔTIER

LA RÉGION 3
LA MISSION 3
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 4
LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE 4
LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE 5
LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE 6
LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE 7
LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE 7
LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES 9
LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU - CÔTE-NORD 10
LA STRUCTURE DE L'AGENCE 10
LES ÉTABLISSEMENTS 12
LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES 13
LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 14
LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL 17
LES RESSOURCES HUMAINES 18
LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS 19
LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ 20
LES COMMUNICATIONS 21
LE DÉVELOPPEMENT NORDIQUE 22

CHAPITRE II - LES SERVICES À LA POPULATION

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 25
L'OPTIMISATION 27
- Mesures d'optimisation 27
- Soutien à domicile 29

LES SERVICES GÉNÉRAUX 30
- Accessibilité aux services 30
- Ligne Info-Santé/Info-Social 30
- Effectifs médicaux 32
- Services offerts en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle 33

LA SANTÉ PHYSIQUE 34
- Services d'urgence 34
- Comité régional de traumatologie 34
- Comité régional pour l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées 35
- Lutte au cancer 36
- Chirurgie 37
- Imagerie médicale 38
- Déplacement des usagers 40
- Groupe de médecine de famille 41
- Services préhospitaliers d'urgence 42
- Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille 44
- Organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale 44
- Douleur chronique 44
- Maladies chroniques 45

LE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES 46
Accès aux services 46
Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées 47
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier 47
Faits saillants 48
LA DÉFICIENCE PHYSIQUE, LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 50
Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience 50
Services spécifiques 51
Services spécialisés 51
Budget récurrent réservé pour les besoins des clientèles en déficience physique, déficience intellectuelle et TED 52
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ 52
Élaboration d'un plan d'action et amorce du chantier jeunes en difficulté 52
Faits saillants 52
LES DÉPENDANCES 53
Services de première ligne 53
Services spécialisés 54
LA SANTÉ MENTALE 54
Services de première ligne 54
Services d'intégration dans la communauté 55
Faits saillants 55
LA SANTÉ PUBLIQUE 57
Programme national de santé publique 57
Prévention et promotion de la santé 57
Développement social et développement des communautés 63
Santé environnementale 64
Santé au travail 65
Maladies infectieuses 66
Surveillance et évaluation 71
L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 72
Qualité des services 72
Traitement des plaintes 73
Santé et bien-être des hommes 75
Accès aux services en langue anglaise 76

CHAPITRE III - LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 79
Équilibre budgétaire 79
Fonds régionaux 80
LE RAPPORT DE LA DIRECTION 85
LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS 86
L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT 88
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 89
Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 100

ANNEXES

ANNEXE A - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
ANNEXE B - RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD
ANNEXE C - RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2012

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

TABLEAUX

Tableau 1 Membres du conseil d'administration 4
Tableau 2 Comité exécutif de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 6
Tableau 3 Membres de la Commission infirmière régionale 6
Tableau 4 Membres de la Commission multidisciplinaire régionale 7
Tableau 5 Comité de direction du Département régional de médecine générale 8
Tableau 6 Comité de direction du comité régional sur les services pharmaceutiques 9
Tableau 7 Répartition des effectifs de l'Agence 10
Tableau 8 Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires ... 14
Tableau 9 Évolution des effectifs médicaux 33
Tableau 10 Membres du comité régional pour l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées 36
Tableau 11 Groupes de médecine de famille sur la Côte-Nord 42
Tableau 12 Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord 43
Tableau 13 Clientèle des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille de la Côte-Nord 44
Tableau 14 Admissions en hébergement de longue durée 49
Tableau 15 Personnes hébergées au 31 mars 2013 49
Tableau 16 Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2013 49
Tableau 17 Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2013 49
Tableau 18 Projets financés - « La gang allumée » 58
Tableau 19 Projets financés - Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire 59
Tableau 20 Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région 65
Tableau 21 Évolution du bilan régional des dossiers de plaintes 73
Tableau 22 Délai d'examen des plaintes 74
Tableau 23 Bilan des dossiers de plaintes par établissement 74
Tableau 24 Motifs de plaintes (commissaires) 74
Tableau 25 Motifs de plaintes (médecins examinateurs) 75
Tableau 26 Autres fonctions des commissaires 75
Tableau 27 Situation budgétaire des établissements 79
Tableau 28 Répartition du volet « maintien d'actifs » 80
Tableau 29 Répartition du volet « rénovations fonctionnelles mineures » 81
Tableau 30 Répartition de la réserve régionale 2012-2013 - Volet « rénovations fonctionnelles mineures » 81
Tableau 31 Répartition du volet « rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD » 81
Tableau 32 Projets reliés au développement nordique 82

Tableau 33 Répartition de l'enveloppe consolidation de services - Volet « équipement médical » 82
Tableau 34 Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement médical » 83
Tableau 35 Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement non médical et mobilier » 83
Tableau 36 Répartition du budget de location d'espace 84
Tableau 37 Autorisations d'emprunts 84

FIGURE

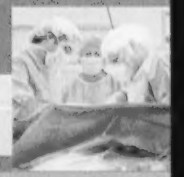
Figure 1 Schéma organisationnel 2012-2013 11

LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS

AEO	Accueil, évaluation, orientation
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
CDD	Centre de dépistage désigné
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CPS	Centre de prévention du suicide
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DRRI	Direction régionale des ressources informationnelles
DSQ	Dossier santé du Québec
EVAQ	Évacuation aéromédicale du Québec
FECST	Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie
GMF	Groupe de médecine de famille
HPS	Heures de prestation de services
I-CLSC	Intégration CLSC
ICCA	Institut canadien des comptables agréés
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MDDEFP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs
MOP	Manuel d'organisation de projet
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ORL	Oto-rhino-laryngologie

PARSIS	Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCP	Pratiques cliniques préventives
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
RI-RTF	Ressource intermédiaire et ressource de type familial
RLS	Réseau local de services
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SIGACO	Système d'information des guichets d'accès pour la clientèle sans omnipraticien
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIQ	Société immobilière du Québec
SIV	Soutien d'intensité variable
TAP	Technicien ambulancier-paramédic
TCR	Technocentre
TED	Trouble envahissant du développement
TIR-SHV	Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie
TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales

CÔTE-NORD région 09



CLSC **NASKAPI**

Kawawachikamach

Matimekosh

Schefferville

Fermont

CSSS DE **L'HÉMATITE**

CSSS DE **SEPT-ÎLES**

CSSS DE **MINGANIE**

CSSS DE LA **BASSE-CÔTE-NORD**

CSSS DE **PORT-CARTIER**

CSSS DE **MANICOUAGAN**

CSSS DE LA **HAUTE-CÔTE-NORD**

389

138

Uashat

Sept-Îles

Malioténam

Rivière-au-Tonnerre

Rivière-Saint-Jean

Longue-Pointe-de-Mingan

Mingan

Havre-Saint-Pierre

Baie-Johan-Beetz

Aguanish

Natashquan

Pointe-Parent

Kegaska

La Romaine

Unamen Shipu

Chevery

Harrington Harbour

Tête-à-la-Baleine

Mutton Bay

La Tabatière

Saint-Augustin

Pakuashipi

Rivière-Saint-Paul

Vieux-Fort

Middle Bay

Blanc-Sablon

Port-Cartier

Port-Menier

ÎLE-D'ANTICOSTI

Baie-Trinité

Baie-Comeau

Chute-aux-Outardes

Pessamit

Forestville

Les Escoumins

Essipit

Les Bergeronnes

Tadoussac

Sacré-Cœur

Fleuve Saint-Laurent

LÉGENDE

Mission : CLSC
Centre hospitalier
Centre d'hébergement et de soins de longue durée

Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
Point de service du CSSS
Dispensaire fédéral

Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Québec

CHAPITRE I

PRÉSENTATION DE L'AGENCE ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU NORD-CÔTIER

LA RÉGION

Située au nord-est du Québec, la Côte-Nord s'étend sur 1 280 km de littoral de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et Schefferville. La Côte-Nord occupe, à elle seule, le cinquième du territoire québécois (21,08 %) et elle se situe au deuxième rang provincial pour son étendue.

Selon les plus récentes données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la Côte-Nord compte environ 95 000 habitants. À elles seules, les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent la moitié de la population. Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km^2. La Côte-Nord est une des régions du Québec où la population autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés innues et une naskapie. D'après les données du recensement de 2006, la région compte 12 740 autochtones, soit environ 13 % de la population régionale. On estime qu'environ 30 % des autochtones nord-côtiers ne vivent pas sur une réserve.

La population de la Côte-Nord est aussi un peu plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. Les statistiques de 2012 révèlent que 28,5 % des citoyens de la région ont moins de 25 ans contre 28 % dans la province. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont, par ailleurs, proportionnellement moins nombreuses qu'au Québec, même si leur nombre tend à augmenter. Elles représentent 15,1 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour 16,2 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones, sauf en Basse-Côte-Nord où 66 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme première langue officielle parlée, soit environ 3 500 personnes.

LA MISSION

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi est de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec, répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit s'adapter continuellement aux caractéristiques propres à la région et s'arrimer aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Voici les membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2013.

Tableau 1 - Membres du conseil d'administration

Nom	Collège représenté	Municipalité
Pascal-Simon Audet	Organismes communautaires	Havre-Saint-Pierre
Marlène Berthelot	Commission infirmière régionale	Sept-Îles
Isabelle Bossé	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Sept-Îles
Alice Bourgeois	Comité régional sur les services pharmaceutiques	Sept-Îles
David Butland	Membre indépendant	Baie-Comeau
Roger Dubé	Département régional de médecine générale	Baie-Comeau
Céline Foster (vice-présidente)	Comité des usagers des établissements	Forestville
Josée Francoeur	Commission multidisciplinaire régionale	Port-Cartier
Luciana D. Hovington	Membre indépendant	Sacré-Cœur
Pierre Lamontagne (président)	Membre indépendant	Baie-Comeau
Guillaume Tremblay	Milieu syndical	Baie-Comeau
Gaétan Garon	Président-directeur général	Baie-Comeau
Vacant	Membre indépendant	
Vacant	Membre indépendant	

Au total, sept rencontres ont été tenues entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2013, dont deux par conférence téléphonique.

Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2013 :

- Josée Francoeur
- Luciana D. Hovington (présidente)
- Pierre Lamontagne

Durant l'année qui vient de s'écouler, une réunion a été tenue.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est joint au rapport à l'annexe A. Ce code porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Un comité de gouvernance et d'éthique voit à son application. Ce comité doit compter trois membres du conseil d'administration, dont une majorité de membres indépendants. Leur mandat est d'une durée d'un an, renouvelable à chaque année.

Voici les membres qui font partie du comité :

- Pascal-Simon Audet
- Deux postes vacants

Au cours de l'année 2012-2013, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Cette instance est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de département au sein des deux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la Côte-Nord, soit les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a pour mandat de conseiller le président-directeur général de l'Agence au regard de l'organisation régionale des services médicaux en spécialité dont, entre autres :

- Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité;
- Le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés;
- Le réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés;
- Tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés ainsi que l'utilisation de certains médicaments;
- L'instauration de corridors de services avec la collaboration du réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Le président-directeur général de l'Agence et le directeur régional des affaires médicales, coordination des programmes-services et prévention-promotion complètent d'office la composition de cette instance. Les directeurs des services professionnels des deux établissements sous-régionaux sont conviés à participer aux rencontres à titre d'invités.

Les responsabilités de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée sont exercées par un comité de direction formé de huit membres provenant de domaines cliniques différents. Un poste demeure vacant au sein de la direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée.

Au cours de l'année 2012-2013, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée s'est réunie à trois reprises.

Tableau 2 - Comité exécutif de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Nom	Fonction	Établissement
Dre Isabelle Bossé (présidente)	Chef du département clinique d'obstétrique-gynécologie	CSSS de Sept-Îles
Dr André Crépeau	Chef du département clinique de radiologie	CSSS de Sept-Îles
Dr Danny Dreige	Chef du service d'ophtalmologie	CSSS de Manicouagan
Dr Dominique Gionet	Chef du département clinique de médecine spécialisée	CSSS de Sept-Îles
Dr Yves Girard	Chef du département de médecine interne	CSSS de Manicouagan
Dre Nancy Griffiths	Chef du service clinique d'orthopédie	CSSS de Sept-Îles
Dr Gabriel Lemay	Chef du département d'anesthésiologie	CSSS de Manicouagan
Dre Nicole Mainguy	Chef du département clinique de psychiatrie	CSSS de Manicouagan
Vacant	Chef du département clinique en médecine de laboratoire	

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

La Commission infirmière régionale (CIR) a pour rôle de donner, aux conseils d'administration de l'Agence et des établissements de la région, des avis concernant principalement les trois domaines suivants :

- L'organisation, la distribution, l'intégration des soins infirmiers sur le territoire ainsi que la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- L'accessibilité et la coordination des services impliquant les soins infirmiers du territoire;
- Les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Au 31 mars 2013, la composition de la CIR était la suivante.

Tableau 3 - Membres de la Commission infirmière régionale

Nom	Collège représenté	Établissement
Marlène Berthelot (présidente)	Direction des soins infirmiers	CSSS de Sept-Îles
Danie Chamberland	Direction des soins infirmiers	CSSS de l'Hématite
Linda Chevalier	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Brigitte Gagnon	Cégep (département des soins infirmiers)	Cégep de Sept-Îles
Marie LeGendre	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Sept-Îles
Sylvie Michaud	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de la Haute-Côte-Nord
Isabelle Morin	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires	CSSS de Manicouagan
Lucie Savard	Membre coopté	CSSS de Manicouagan
Nathalie Tremblay	Conseil des infirmières et infirmiers	CSSS de Sept-Îles
Lise Boivin	Personne désignée par le président-directeur général	Agence

En 2012-2013, la CIR a tenu deux rencontres. Les sujets suivants ont été abordés :

- La relève infirmière;
- Les ordonnances collectives;
- Le préceptorat.

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a pour rôle de donner, aux conseils d'administration de l'Agence et des établissements de la région, des avis sur les questions relatives à l'organisation des services autres que médicaux ou infirmiers.

Au 31 mars 2013, la composition de la CMuR était la suivante.

Tableau 4 - Membres de la Commission multidisciplinaire régionale

Nom	Établissement
Sophie Boudreau	CPRCN (Centre Le Canal) de Baie-Comeau
Josée Francoeur	CSSS de Port-Cartier
Annie Gagné	CSSS de l'Hématite
Gilles Lacasse	CSSS de Sept-Îles
Cynthia Poirier	CPRCN (Centre jeunesse) de Baie-Comeau
Anne Rioux (présidente)	CSSS de Manicouagan
Chantal Salvas	CPRCN (Centre l'Émergent) de Sept-Îles
Manon Viens	CSSS de Manicouagan
Lise Boivin	Agence

En 2012-2013, la CMuR ne s'est pas réunie. L'Agence verra à relancer les travaux de cette instance en 2013-2014.

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région qui œuvre en première ligne, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et les médecins qui pratiquent en établissement.

Sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, le DRMG est responsable de :

- Définir, proposer et mettre en place un PREM en médecine de famille et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision de l'Agence;
- Définir, proposer et mettre en place un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, incluant un réseau de garde intégrée et de garde en disponibilité (maintien à domicile, établissements de longue durée, etc.) et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision de l'Agence;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux s'inscrivant à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Faire des recommandations sur les programmes prioritaires de l'Agence et d'assurer la mise en place de ceux choisis par l'Agence;
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) et d'assurer la mise en place des activités choisies par l'Agence;

- Évaluer l'atteinte des objectifs relatifs au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens;
- Donner son avis sur tout projet concernant les services médicaux généraux à dispenser.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit omnipraticiens, issus des territoires de la Côte-Nord et de profils de pratique différents. Dr Roger Dubé, chef du DRMG, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Tableau 5 - Comité de direction du Département régional de médecine générale

Nom	Établissement
Dre Chantale Baril	CSSS de Sept-Îles
Dr Roger Dubé (chef du DRMG)	CSSS de Manicouagan
Dre Marjolaine Gaumond	CSSS de la Haute-Côte-Nord
Dr Pierre Gosselin	CSSS de Port-Cartier
Dr Christian Mercier	CSSS de l'Hématite
Dr Pierre Moore	CSSS de la Minganie
Dr Maxime Robin-Boudreau	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Dre Claudette Viens	Cliniques privées pour l'ensemble de la région

Au cours de l'année 2012-2013, le comité de direction s'est réuni à quatre reprises.

Les principaux sujets abordés furent :

- Activités médicales particulières (AMP);
- Collaboration ou avis au regard de certains programmes :
  - Déploiement des infirmières praticiennes spécialisées (IPS);
  - Formation régionale sur les interruptions volontaires de grossesse (IVG);
  - Gestion des échantillons de produits pharmaceutiques;
  - Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS);
  - Procréation médicale assistée;
  - Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21;
  - Utilisation du formulaire pour les prescriptions transmises par télécopieur;
  - Déploiement du dossier médical électronique (DMÉ);
- Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier :
  - Accessibilité aux services de première ligne pour la clientèle vulnérable et orpheline;
  - Mise en œuvre des guichets d'accès sur tout le territoire;
  - Plans de contingence de certains établissements;
- Système d'archivage numérique des services de radiologie (PACS) pour les groupes de médecine de famille (GMF);
- Plan régional des effectifs médicaux (PREM) :
  - Coordination des effectifs médicaux en médecine de famille sur le territoire;
  - Confirmation des avis de conformité;
- Planification stratégique 2010-2015 de l'Agence;
- Recrutement médical :
  - Gestion des ententes particulières;
  - Suivi du programme de bourses en région (en territoire éloigné ou isolé) en médecine de famille.

LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) regroupe l'ensemble des pharmaciens de la région, rejoignant ainsi ceux ayant une pratique exclusive en pharmacie communautaire et les pharmaciens œuvrant au sein d'un établissement. Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) de santé et de services sociaux, le comité exerce, entre autres, les mandats suivants :

- Émettre des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ainsi que sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Les responsabilités du CRSP sont exercées par un comité de direction composé de quatre membres élus provenant d'autant de collèges électoraux. La deuxième assemblée générale du CRSP a eu lieu le 12 février 2013. Une vingtaine de personnes y ont assisté et ont convenu de l'importance de maintenir le CRSP. En mars dernier, à la suite de l'assemblée générale, le processus de renouvellement des membres du CRSP s'est amorcé. Tous les membres en place ont accepté de renouveler leur mandat pour deux ans.

Voici les membres du comité de direction.

Tableau 6 - Comité de direction du comité régional sur les services pharmaceutiques

Nom	Fonction	Lieu de pratique
Alice Bourgeois (réélue présidente)	Chef de département clinique de pharmacie exerçant dans un centre exploité par un établissement	CSSS de Sept-Îles
Sylvie Comeau	Pharmacienne exerçant dans un centre exploité par un établissement	CSSS de Manicouagan
Christine Lacombe (réélue)	Pharmacienne propriétaire exerçant en pharmacie communautaire	Baie-Comeau
Nancy Saint-Pierre	Pharmacienne exerçant en pharmacie communautaire	Chute-aux-Outardes

Siègent également au CRSP, le président-directeur général, le directeur régional des affaires médicales, coordination des programmes-services et prévention-promotion et la responsable du dossier pharmacie à l'Agence.

En 2012-2013, le comité a tenu trois rencontres.

Les sujets suivants ont fait l'objet de discussions :

- Programme de surveillance de l'usage des antibiotiques;
- Programme régional d'antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD);
- Panier de services pharmaceutiques relevant des établissements;
- Formation des assistants techniques en pharmacie;
- Décloisonnement des données de laboratoire aux pharmacies communautaires;
- Gestion des échantillons;
- Risques industriels majeurs et antidotes.

LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU - CÔTE-NORD

Afin de coordonner l'offre de service dans la région ainsi que les activités de gestion du réseau nord-côtier, le président-directeur général de l'Agence anime une table de concertation avec les établissements. Ce comité est la plateforme privilégiée pour la consultation des gestionnaires sur la planification des services, l'allocation budgétaire et les grands dossiers régionaux.

Le comité de gestion du réseau (CGR) - Côte-Nord s'est réuni à sept reprises au cours de l'année 2012-2013.

LA STRUCTURE DE L'AGENCE

Au 31 mars 2013, le plan d'organisation de l'Agence repose sur cinq directions :

- Direction générale;
- Direction régionale de santé publique;
- Direction régionale des ressources informationnelles;
- Direction régionale des immobilisations, des services préhospitaliers d'urgence et de l'optimisation;
- Direction régionale des affaires médicales, coordination des programmes-services et prévention-promotion.

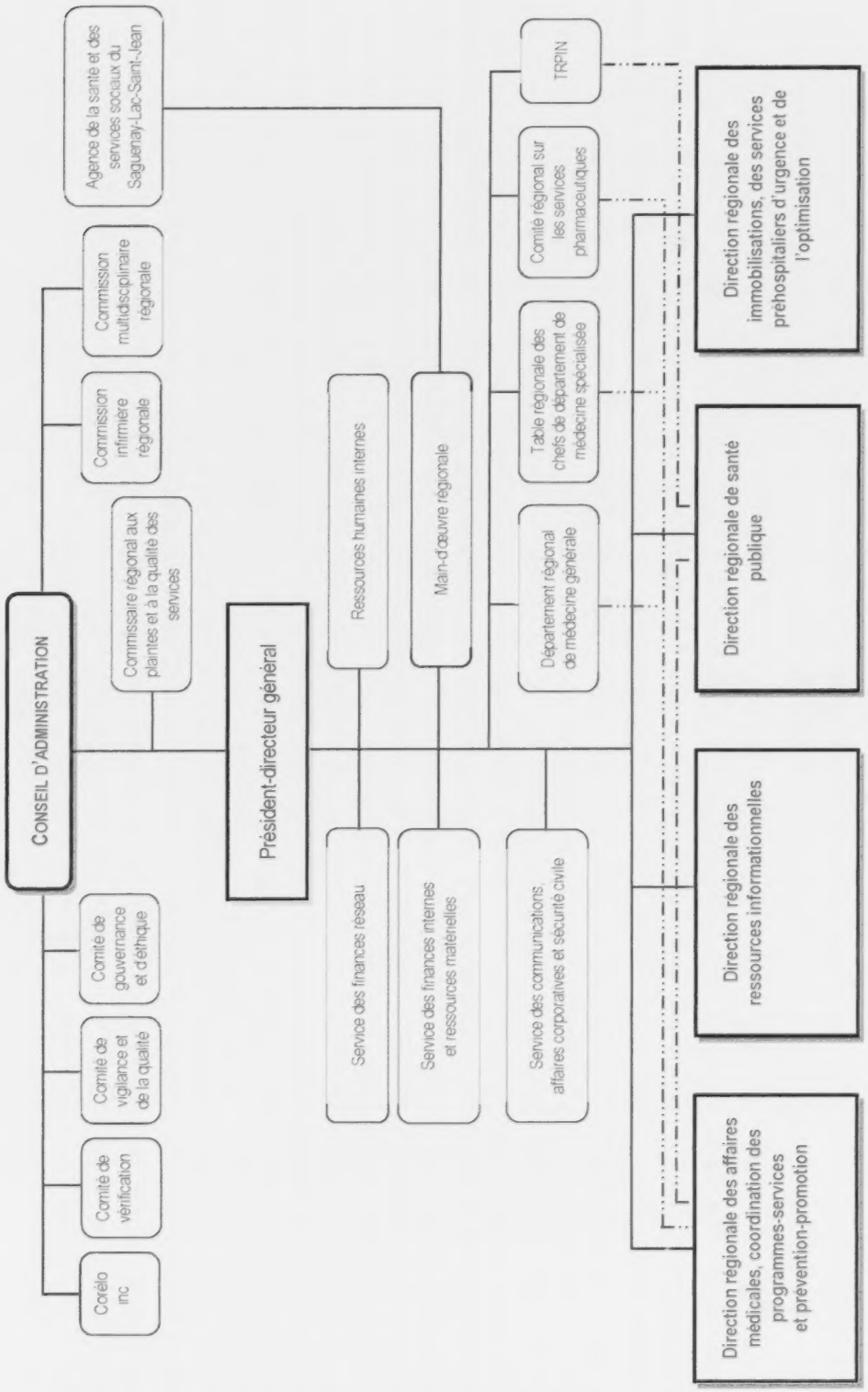
Le tableau et la figure qui suivent reflètent la répartition des effectifs et le schéma organisationnel de l'Agence.

Tableau 7 - Répartition des effectifs de l'Agence

Effectifs de l'Agence au 31 mars 2013		Exercice courant	Exercice précédent
Employés cadres	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	17,00	16,00
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
	Nombre de cadres en stabilité d'emploi		
Employés réguliers	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	88,00 *	59,50
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en sécurité d'emploi)	3,00	3,00
	Nombre d'employés en sécurité d'emploi		
Employés occasionnels	Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	18 592,56	30 498,76
	Équivalents temps complet	10,18	16,70

* En 2012, l'Agence a intégré les effectifs locaux de la santé au travail et de la Direction régionale des ressources informationnelles qui étaient auparavant répartis dans tous les établissements de la région.

Figure 1 - Schéma organisationnel 2012-2013



LES ÉTABLISSEMENTS

La région compte neuf établissements dont sept CSSS intégrant les missions médicale, sociale et d'hébergement de longue durée. Les deux autres sont le CLSC Naskapi desservant la communauté de Kawawachikamach et le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN) qui regroupe quatre missions.

MRC de la Haute-Côte-Nord

Le CSSS de la Haute-Côte-Nord a son siège social à Les Escoumins et dispense ses services à partir de trois pavillons situés à Les Bergeronnes, Les Escoumins et Forestville et d'un point de service à Sacré-Cœur. Il couvre le territoire qui s'étend de Tadoussac à Colombier, incluant la municipalité de Sacré-Coeur au nord et la communauté innue d'Essipit. Le CSSS dessert une population de 11 600 habitants.

MRC de Manicouagan

Le CSSS de Manicouagan, dont le centre administratif est à Baie-Comeau, compte des points de service à Chute-aux-Outardes et Baie-Trinité.

La MRC de Manicouagan regroupe 31 469 habitants. Ce territoire débute avec la communauté innue de Pessamit et s'étend jusqu'à la municipalité de Baie-Trinité. Baie-Comeau, avec ses 21 802 habitants, est la municipalité la plus populeuse de ce territoire administratif.

MRC de Sept-Rivières

La MRC de Sept-Rivières compte deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à 35 370 personnes.

Le CSSS de Sept-Îles dessert 27 599 personnes. La ville de Sept-Îles représente la principale agglomération avec 26 311 résidents. Ce secteur compte également la communauté innue de Uashat-Maliotenam.

Le CSSS de Port-Cartier dessert une population de 7 771 personnes.

MRC de Caniapiscau

La MRC de Caniapiscau comprend deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à environ 4 000 personnes.

Le CSSS de l'Hématite, qui est situé à Fermont avec un point de service à Schefferville, dessert une population de 3 436 habitants. Le CLSC Naskapi, de juridiction provinciale, constitue le second établissement compris dans la MRC de Caniapiscau. Il offre ses services à la communauté naskapie de Kawawachikamach (612 habitants).

MRC de la Minganie

Le CSSS de la Minganie dessert une population de 6 353 personnes, dont la moitié vit à Havre-Saint-Pierre. En plus du siège social situé dans cette municipalité, l'établissement compte sept points de service sur un territoire de 310 km, dont un en milieu isolé (L'Île-d'Anticosti). Ce secteur comporte aussi deux communautés innues.

MRC du Golfe-du-Saint-Laurent

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon. Au total, le CSSS dessert une population de 5 235 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend deux communautés innues. Sur une distance de 400 km, la Basse-Côte-Nord est majoritairement constituée de villages isolés où on retrouve huit points de service du CSSS.

Mission régionale

Le CPRCN couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en dépendance ainsi qu'en protection de la jeunesse.

Son siège social est à Baie-Comeau et les services sont offerts dans une trentaine de points de service, et ce, dans toutes les MRC de la Côte-Nord.

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Au cours de l'année, l'Agence a soutenu les établissements au regard de différentes questions concernant l'offre de service ainsi qu'en lien avec le partage des responsabilités fédérales et provinciales. En ce qui concerne le dossier de la maladie de Huntington, l'Agence a eu plusieurs échanges avec le CSSS de Sept-Îles et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin d'identifier des solutions pour répondre aux besoins de cette clientèle. L'Agence finance également un poste de coordonnateur qui travaille en étroite collaboration avec les partenaires de la communauté de Uashat.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par le biais des volets mission globale et entente de service, nous permet de soutenir 102 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Au total, cela représente un investissement de 10 523 040 $, et ce, excluant les subventions attribuées dans le cadre des projets ponctuels, de la formation et de la sécurité alimentaire. Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le MSSS ainsi que par le Cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires de la Côte-Nord en termes de reddition de comptes. Ainsi, l'Agence reçoit de chacun de ces organismes un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de leurs états financiers. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes.

Tableau 8 - Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires

Organisme	Subvention ($)*		Catégorie
	2012-2013	2011-2012	
A la Source Sept-Îles	67 412	65 832	Santé physique
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	27 670	27 021	Troubles envahissants du développement
Ado-Cité – Maison des jeunes	39 928	38 992	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord inc.	15 590	15 225	Déficience physique
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	24 863	24 280	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	22 126	21 607	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel (APAME) Baie-Comeau inc.	73 591	71 866	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	21 767	21 257	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	25 525	24 927	Déficience physique
Association des sourds de Baie-Comeau	6 703	6 546	Déficience physique
Association des troubles anxieux de la Côte-Nord	17 285	16 880	Santé mentale
Association Fibromyalgie de Duplessis	15 992	15 617	Déficience physique
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	27 672	27 023	Troubles envahissants du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de l'Est de la Côte-Nord inc. (APAME)	79 437	77 575	Santé mentale
Bureau régional d'information en santé sexuelle (BRISS)	66 435	64 878	VIH-SIDA
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	30 714	29 994	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	115 737	113 024	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles	135 729	132 548	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	241 586	235 924	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	61 871	60 421	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - région Côte-Nord		358 783	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Baie-Comeau *Lumière boréale	252 591		Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Sept-Îles *La pointe du jour	114 803		Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	180 841	176 603	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	155 890	152 237	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	2 302	2 248	Personnes démunies

Organisme	Subvention ($)*		Catégorie
	2012-2013	2011-2012	
Centre de femmes « l'Étincelle »	184 816	180 484	Centres de femmes
Centre de prévention du suicide Côte-Nord	413 755	404 058	Santé mentale
Centre des femmes de Forestville	184 808	180 477	Centres de femmes
Centre d'intervention Le Rond-Point	119 826	117 018	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Centre femmes aux 4 Vents	184 807	180 476	Centres de femmes
Centre Le Volet des femmes	184 917	180 583	Centres de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	24 220	23 652	Personnes âgées
Club l'Étape Manicouagan	16 343	15 960	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Comité action jeunesse de Bergeronnes	34 111	33 312	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	34 111	33 312	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	16 594	16 205	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	34 111	33 312	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	5 504	5 375	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	5 504	5 375	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	5 504	5 375	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	33 309	32 528	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	27 564	26 918	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	27 564	26 918	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	203 729	198 954	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	2 688	2 625	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	34 803	33 987	Santé mentale
Espace Côte-Nord	120 408	117 586	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	61 880	60 430	Déficiences multiples
Groupe nord-côtier de défense des droits en santé mentale	37 112	73 054	Santé mentale
Homme Aide Manicouagan	96 137	45 056	Autres ressources hommes
Hom'asculin Port-Cartier	49 930	48 760	Autres ressources hommes
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.	50 630	49 443	Autres ressources hommes
La Croisée, un organisme de justice alternative	249 547	243 698	Organismes de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	636 181	622 059	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	31 909	31 161	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	109 229	106 669	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	122 151	119 991	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	31 909	31 161	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	51 548	50 340	Maisons de jeunes
La popote roulante « Les Délices Maisons »	6 508	6 355	Personnes démunies
La Vallée des Roseaux	452 454	441 850	Santé physique
L'Alliance des femmes	184 810	180 479	Centres de femmes
L'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord inc.	85 088	83 094	Santé mentale
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 174	1 146	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	21 897	12 384	Déficience physique
L'Âtre de Sept-Îles	315 191	307 804	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	5 560	5 430	Maintien à domicile
Le Créam	154 158	150 545	Santé mentale
Le Module d'épanouissement a la vie de Sept-Îles	33 185	32 407	Déficiences multiples
Le Pivot des Îles inc.	61 881	60 431	Déficiences multiples
Le Répit Daniel Potvin inc.	206 683	201 839	Déficiences multiples
L'Entre-Deux-Tournants	68 145	66 548	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'Or	39 486	38 561	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	30 759	30 038	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	32 725	31 958	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	144 560	141 172	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	71 870	70 186	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	556 314	543 423	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	192 975	188 452	Santé mentale

Organisme	Subvention ($)*		Catégorie
	2012-2013	2011-2012	
Maison des femmes de Baie-Comeau	648 218	633 974	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes de Colombier	10 964	10 707	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « La Source » Minganie	76 540	74 746	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	38 730	37 822	Maisons de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	26 145	25 532	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	39 928	38 992	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretemps de Forestville	84 001	82 032	Maisons de jeunes
Maison jeunes Gros Mecatina	10 964	10 707	Maisons de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	670 046	655 247	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	16 141	15 763	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	17 428	17 020	Déficiences multiples
Nouveau Regard	6 543	6 390	Santé mentale
Point de rencontre inc.	210 507	205 573	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	13 407	13 093	Santé mentale
Répit Richelieu	201 490	196 768	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	34 988	34 168	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	75 332	73 566	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	14 303	13 968	Déficience physique
Table de concertation des associations de personnes handicapées de la Côte-Nord	3 000	3 000	Concertation et consultation générale
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	95 313	93 079	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	89 336	87 242	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	34 171	33 370	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	188 903	184 476	Maintien à domicile
MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES	**10 523 040**	**10 258 957**	
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS	**102**	**101**	

* Exclut les sommes versées dans le cadre de la sécurité alimentaire.

LES RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL

Au 31 mars 2013, le réseau nord-côtier de ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF) se répartit comme suit :

Pour accueillir les jeunes de 18 ans et moins :

- 65 familles d'accueil avec 166 places*;
- Une ressource intermédiaire de deux places.

* Ces chiffres excluent les familles d'accueil autochtones.

Pour recevoir les adultes et les aînés :

- 55 résidences d'accueil dénombrant 210 places;
- 28 ressources intermédiaires disposant de 265 places.

Dans le but d'offrir des milieux de vie sécuritaires et de qualité, des responsables et du personnel des RI-RTF ont suivi, en 2012-2013, des formations en réanimation cardiorespiratoire (RCR) et secourisme. L'Agence a soutenu financièrement les ressources afin d'actualiser ces projets de formation qui ont été offerts par des organismes reconnus.

Actuellement, la nouvelle réglementation (ententes nationales sur la rétribution) pour les RI-RTF est en place dans l'ensemble du réseau nord-côtier. Précisons, également, que des travaux sont en cours afin d'appliquer la nouvelle rétribution aux ressources autochtones.

RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

Actuellement, on retrouve 9 résidences certifiées sur l'ensemble du territoire pour un total de 470 unités d'hébergement. Précisons qu'une nouvelle réglementation concernant les résidences pour personnes âgées est en place depuis mars 2013.

DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	5.1.3	Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4	Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail
	5.1.5	Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6	Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateur		Résultat 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	87,5 %	100 %	87,5 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	8,53 %	7,5 %	8,64 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	5,01 %	4,22 %	5,39 %
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	6,22 %	3,39 %	8,63 %
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	6,92 %	1,43 %	8,85 %
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	2,56 %	0,35 %	3,33 %
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	N/D	3,12 %	0,62 %

Objectifs de résultats	5.2.1	Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2	Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateur		Résultat 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 %	20 % (2/9)	100 %
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	0 %	25 % (2/9)	0 %
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	8,39 %	7,01 %	9,31 %
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	-	100 % (2/2)	100 %

Commentaires

Au cours des dernières années, plusieurs problématiques en lien avec la main-d'œuvre ont été identifiées. Les indicateurs qui réfèrent au recours à la main-d'œuvre indépendante, au temps supplémentaire et à l'assurance salaire témoignent d'ailleurs de la tendance à la décroissance de la présence au travail. La région maintient aussi des taux de roulement relativement élevés et, à l'inverse, des taux de rétention des salariés ayant moins de deux ans d'ancienneté plutôt bas. Enfin, pour plusieurs titres d'emploi, des taux de précarité assez élevés sont observés.

Depuis janvier 2013, les établissements de la région bénéficient de l'expertise de l'équipe des ressources humaines de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean afin de parfaire l'état des lieux et d'identifier la stratégie, les modalités et les priorités des actions à tenir dans le cadre d'une démarche régionale de santé et de sécurité au travail, de même que pour la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre.

FORMATION POUR LE PERSONNEL D'ENCADREMENT

À la suite des retombées très positives des deux premières cohortes entre 2009 et 2011 et pour pallier les difficultés de rétention des cadres, l'Agence, en collaboration avec l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), a renouvelé son programme de formation à l'intention du personnel d'encadrement. En tout, 32 cadres, répartis en deux cohortes (Baie-Comeau et Sept-Îles), ont débuté une nouvelle formation en 2013. Le programme a été bonifié pour y ajouter des heures de mentorat afin de mieux répondre aux besoins des cadres et à la réalité du milieu. Cette formation sur mesure se terminera à l'hiver 2015.

PROJETS D'ORGANISATION DU TRAVAIL

Dans le cadre des dernières rondes de négociation nationale, un comité paritaire intersyndical a été formé pour l'ensemble du personnel de la santé et des services sociaux. Ce comité avait pour mandat de soumettre des recommandations au MSSS pour la mise en place de projets d'organisation du travail. Dans la région, plusieurs projets sont en cours de réalisation en collaboration avec les instances syndicales. Les établissements ayant soumis des projets d'organisation du travail bénéficient d'un budget supplémentaire pouvant atteindre près de 150 000 $ par projet. À titre d'exemples, il s'agit de divers projets visant la réduction de la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire, des mesures pour l'amélioration de la prestation de travail et des services pour les volets des services sociaux, de la santé mentale et de la réadaptation, ainsi que pour l'amélioration de la rétention de la main-d'œuvre œuvrant en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS

La Direction régionale des ressources informationnelles (DRRI) a complété sa première année d'opération avec l'ensemble des ressources informatiques de la Côte-Nord sous une même direction. Les résultats ont dépassé les attentes et plusieurs travaux d'optimisation ont été réalisés :

- Guichet unique et Centre de services de première ligne : Le Centre de services a reçu environ 2 500 requêtes de services mensuellement. La normalisation des postes de travail et les informations colligées sur leur configuration ont facilité la prise en charge des requêtes de services, dont près de 80 % furent résolues à distance. En plus d'offrir les services de soutien technique aux établissements et à l'Agence, l'équipe technique soutient également deux GMF.
- Sécurité des actifs informationnels : La nomination d'un officier régional de sécurité, en juin 2012, a permis d'assurer le respect et l'application des mesures de sécurité ainsi que la légitimité d'effectuer des audits de sécurité. L'officier de sécurité poursuit la formation et la sensibilisation sur la sécurité des actifs informationnels dans les établissements de la région. Lors de la dernière année, l'officier de sécurité a été impliqué dans plusieurs projets régionaux afin de s'assurer que les règles de sécurité soient respectées. En 2012-2013, aucun incident majeur de sécurité n'est survenu, autant dans les établissements qu'à l'Agence.
- Bureau des projets et Infocentre : Les travaux se sont poursuivis en lien avec le plan régional d'affaires pour la téléphonie IP dans les établissements.

- Gestion de l'enveloppe de maintien des actifs et du parc informatique de l'ensemble des établissements de la région : Ce financement permet le remplacement des postes de travail aux cinq ans. Lorsque ce principe est respecté, les sommes restantes peuvent être utilisées pour le remplacement des serveurs et des équipements de télécommunication. Seuls les postes de travail problématiques ont été remplacés au cours de l'année courante afin de permettre des investissements dans des infrastructures réseau et des serveurs supportant la mise en place de bureaux virtuels.
- Centres de traitement de Baie-Comeau et de Sept-Îles : Les plans et devis pour le centre de traitement situé à Sept-Îles sont complétés et l'aménagement débutera à la fin de l'automne 2013. Pour Baie-Comeau, les plans seront complétés à l'hiver 2013 par la firme DESSAU. Le réaménagement des deux centres de traitement est nécessaire afin de les rendre conformes aux exigences ministérielles.
- Plan de gestion des ressources informationnelles : Ce plan découle de la loi 133, adoptée en 2012, sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement. L'Agence et les établissements sont assujettis à cette loi. La DRRI a accompagné chaque établissement lors de la production de leur premier plan triennal des projets et activités pour 2013-2016 ainsi que le plan annuel des ressources informationnelles 2013-2014. De plus, un bilan annuel des ressources informationnelles ainsi qu'un état de situation des projets semestriel doivent également être produits. Cet exercice est récurrent annuellement.

DOSSIER SANTÉ DU QUÉBEC

Des travaux préparatoires au déploiement du Dossier santé du Québec (DSQ) ont débuté dans la région. Le DSQ sera déployé progressivement dans les pharmacies, les CSSS et les cliniques médicales. En 2013-2014, il est prévu que les pharmacies communautaires soient branchées au DSQ et la mise en place des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) dans les cliniques médicales permettra aux médecins d'y accéder.

Les résultats de laboratoire devraient être disponibles à compter de 2014-2015. Quant aux examens d'imagerie médicale, ce volet est complété pour la région. Les images sont transférées automatiquement au RUIS de l'Université Laval pour consultation dans le DSQ. Sur la Côte-Nord, la plupart des composantes du DSQ devraient être implantées en 2015.

Rappelons que le DSQ est un outil qui permet aux médecins, aux pharmaciens et à certains professionnels d'avoir accès à des renseignements de santé jugés essentiels aux services de première ligne pour effectuer la prise en charge des usagers du réseau de la santé. Le DSQ donnera accès aux renseignements de santé partout au Québec, ce qui sera très utile pour les personnes qui doivent consulter des professionnels dans différents établissements ou dans d'autres régions. Il y aura aussi moins de risques d'erreur ou d'effets indésirables lors de la prise de médicaments puisque les professionnels pourront voir à l'écran tous les médicaments ayant déjà été prescrits et honorés par l'usager.

LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ

Une quinzaine d'événements ont nécessité le déploiement des mesures d'urgence à l'Agence et dans les établissements l'an dernier. Panne d'électricité majeure, fortes pluies endommageant le réseau routier, déversement d'ammoniac, évacuation d'urgence d'un patient par les Forces armées canadiennes lors d'une

tempête hivernale, bref les événements qui affectent le réseau de la santé sont nombreux et démontrent l'importance d'une bonne préparation des intervenants en sécurité civile.

L'Agence dispose d'un plan de mesures d'urgence interne renouvelé avec des équipes d'intervention formées. Le projet de gestion des risques industriels majeurs, réalisé en collaboration avec la Direction de santé publique, a été complété en 2012-2013 et présenté à l'Organisation régionale de sécurité civile. Ce projet permet à l'Agence de connaître davantage les risques présents sur son territoire et de se préparer en cas d'accident majeur. Le transport et l'entreposage de matières dangereuses constituent une préoccupation majeure pour la sécurité civile - mission santé.

LES COMMUNICATIONS

L'Agence s'assure, sur une base régulière, de transmettre de l'information à la population, au réseau régional de la santé et des services sociaux ainsi qu'à ses différents partenaires. Le Service des communications répond aux demandes des médias et facilite l'accès à l'information avec un souci constant de transparence. En 2012-2013, près de 50 entrevues ont été accordées aux journalistes sur divers sujets d'actualité. Des conférences de presse et des communiqués ont également permis d'informer le public.

Parmi les activités qui ont mobilisé le Service des communications, voici les principales réalisations :

- Présentation des faits saillants de l'Enquête Santé Côte-Nord en juin 2012.
- Lancement du premier plan d'action régional en matière de maltraitance envers les aînés, en collaboration avec la Table régionale de concertation des aînés de la Côte-Nord, à l'été 2012.
- Interventions concernant la situation problématique de l'eau potable du parc Murray à Pointe-Lebel en septembre 2012.
- Présentation de la réorganisation des services ambulanciers sur le territoire de la Côte-Nord à la suite de la fin du projet pilote de Baie-Comeau en décembre 2012.
- Poursuite de la diffusion de la campagne d'information sur l'uranium à l'intention de la population au début 2013. Parmi les thèmes abordés, mentionnons les impacts sur la santé et l'environnement, les sources de pollution, les mesures de protection de la santé et de l'environnement ainsi que les effets psychosociaux d'une mine d'uranium.
- Analyse de la couverture de presse de l'Agence et des établissements, afin de mesurer la présence dans les médias du réseau régional et la représentativité des porte-paroles, d'identifier les principaux thèmes abordés et d'évaluer le traitement accordé par les différents médias présents dans la région.
- Production et diffusion de cinq numéros des « Échos du conseil » aux partenaires de l'Agence, de même qu'aux médias pour informer la population des décisions prises par le conseil d'administration.
- Diffusion de dizaines d'outils promotionnels, en provenance du MSSS ou produits par l'Agence, dans le réseau et parmi la population, sur divers sujets, tels que la vaccination, la périnatalité, les saines habitudes de vie, le tabagisme et la violence conjugale.

LE DÉVELOPPEMENT NORDIQUE

Le développement nordique constitue un défi pour le réseau de la santé et des services sociaux en lien avec la démographie des communautés concernées et leur mode de vie. Le déploiement des activités économiques liées au développement nordique a pour effet d'accroître le nombre de travailleurs et de familles résidant dans certaines des communautés situées sur ce territoire où à proximité de celui-ci.

En ce sens, le territoire de la Côte-Nord présente certaines zones de vulnérabilité qui nécessitent une consolidation des services. La croissance démographique rapide de certaines communautés ainsi que la transformation de leur mode de vie exerceront une pression accrue sur les services de santé et les services sociaux qui y sont offerts. Il importe d'identifier les indicateurs de suivi qui guideront les travaux dans la mise en place d'actions ciblées permettant d'adapter de façon conséquente l'offre de service.

Il est difficile d'anticiper le nombre de travailleurs ainsi que les industries qui pourraient se développer sur le territoire. Nous pouvons toutefois constater que le développement nordique est principalement basé sur les ressources minérales, outre le barrage hydroélectrique de La Romaine. Ces activités minières dans la sous-région est du territoire sont cycliques et tributaires du marché mondial.

Selon le RLS touché, nous retrouvons plusieurs types d'installation ou d'organisation du travail :

- Campements installés à l'intérieur des limites des villes. L'organisation du travail fait en sorte que les membres du personnel des mines travaillent un certain nombre de jours consécutifs, retournent dans leur lieu d'origine et sont remplacés par d'autres (« Fly-in, Fly-out »). La ville de Fermont est un bon exemple de ce type d'organisation du travail;
- Campements installés à proximité des villes;
- Travailleurs et leur famille intégrés dans la communauté;
- Campements installés à l'extérieur du Québec, principalement aux limites du Labrador, mais où la consommation des services de santé et des services sociaux se fait dans le réseau québécois.

La région de la Côte-Nord apparaît comme la première affectée par le déploiement du développement nordique. Préparer notre région à faire face aux développements anticipés requiert plusieurs étapes :

- Consolider les services existants;
- Consolider les infrastructures au regard des immobilisations afin de répondre aux besoins :
  - Résidence des médecins à Schefferville;
  - Dispensaire de Schefferville;
  - CLSC Naskapi;
  - Réaménagement des locaux au CSSS de l'Hématite;
- Préparer le réseau à la croissance démographique;
- Consolider le réseau intégré de télécommunications multimédia (RITM).

À ce jour, certaines actions structurantes ont été réalisées :

- Table régionale réunissant différents ministères touchés par cette problématique (démarche entreprise par le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT));
- Travail en partenariat avec les instances locales ainsi qu'avec le MSSS afin d'élaborer un tableau d'indicateurs de suivi, nous permettant de documenter les impacts sur les services;
- Échanges réguliers avec le MSSS afin de documenter les besoins de la région.

CHAPITRE II

LES SERVICES À LA POPULATION

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) prévoit la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les agences de santé et des services sociaux afin de répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes prescrits par la Loi sur l'administration publique.

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et l'Agence vient soutenir cette dernière dans l'exercice de son rôle principal qui consiste à assurer l'accès et la qualité des services de santé et des services sociaux à toute la population nord-côtière. L'entente permet également d'améliorer l'offre de service à la population par une utilisation optimale des ressources mises à la disposition de la région de la Côte-Nord.

Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité ont été définies en tenant compte des objectifs ministériels et de leur traduction aux plans régional et local, des budgets régionaux, des projets d'optimisation ainsi que des réalités nord-côtières dans l'organisation des services.

SUIVI DE GESTION ET REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes exigée en lien avec les ententes de gestion et d'imputabilité implique un suivi d'indicateurs qui témoignent, à terme, de l'atteinte ou non des objectifs. Les résultats obtenus pour chacun des objectifs de l'entente de gestion régionale se retrouvent aux pages suivantes pour chacun des programmes.

Pour l'année 2012-2013, les résultats obtenus dépassent en moyenne les objectifs fixés dans l'entente de gestion. Voici les grands constats régionaux :

- Au chapitre de la prévention dans le continuum de services, les récentes données de l'INSPQ témoignent d'une amélioration au regard de l'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP) et des pratiques cliniques préventives (PCP). Par ailleurs, la cible quant au nombre de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) n'a pas été atteinte, mais le résultat surpasse de 29,7 % le résultat de 2011-2012. L'offre de service, particulièrement l'intensité de services, continuera de faire l'objet d'une attention particulière, d'autant plus qu'elle vise une clientèle vulnérable. En ce qui a trait à la vaccination des jeunes enfants, seul l'objectif concernant le vaccin contre DCaT-Polio-Hib est atteint. Des écarts négatifs de 6 % et de 7 % ont compromis l'atteinte des objectifs pour la vaccination contre le méningocoque et celle contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO).
- Concernant les infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale, les taux témoignent de l'absence de situation problématique dans les deux CSSS concernés par ce suivi.
- En ce qui a trait aux mesures d'accessibilité aux services, plusieurs travaux sont en cours (accès au continuum de services AVC, accès au continuum de services pour la douleur chronique, optimisation des services de laboratoires, prise en charge de l'infarctus du myocarde). Puis, le bilan en matière d'accès aux chirurgies s'avère, somme toute, positif bien que certains objectifs (les arthroplasties du genou et les chirurgies d'un jour) n'aient pas été atteints. En effet, en tenant compte des effectifs médicaux disponibles en cours d'année et du nombre d'usagers en attente d'une chirurgie, on observe une hausse de la production chirurgicale par rapport aux années précédentes. Concernant l'accès aux services médicaux en radiologie diagnostique, les établissements poursuivent leurs démarches notamment en ce qui a trait au recrutement médical, à la réorganisation du travail et à l'optimisation des plateaux techniques afin d'améliorer les différents délais prescrits.

- L'atteinte des cibles quant à la durée de séjour à l'urgence demeure difficile. Les travaux du chantier « Accessibilité à la première ligne et consolidation des réseaux locaux de services » ainsi que ceux du chantier « Hébergement » ont permis d'identifier des mesures qui devraient contribuer à améliorer la situation. À ces mesures s'ajouteront celles mises de l'avant au regard de la main-d'œuvre qui devraient également influencer positivement les résultats.
- L'optimisation des services de soutien à domicile de longue durée progresse également, même si la cible fixée pour l'année 2012-2013 n'a pas été atteinte. À noter qu'une hausse des services professionnels et d'aide à domicile directement offerts par les CSSS est observée dans tous les établissements. Comme en 2011-2012, la difficulté se situe principalement à l'achat limité de services auprès du programme du chèque emploi-service. C'est d'ailleurs pourquoi, en octobre 2012, de concert avec l'ensemble des établissements de la région, l'Agence a bonifié le tarif horaire du chèque emploi-service de 11 $ à 13 $ de l'heure. Cette mesure commence à porter des effets positifs. Dans une autre veine, la mise en place des RSIPA progresse bien. L'objectif fixé a d'ailleurs été atteint à l'échelle régionale et pour la majorité des établissements.
- La région affiche de bons résultats au regard des demandes traitées selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle ainsi qu'un trouble envahissant du développement.
- La majorité des mesures d'optimisation ciblées dans l'entente de gestion est réalisée ou en voie de l'être. Plus spécifiquement, plusieurs actions liées aux technologies de l'information sont terminées ou le seront prochainement.
- En ce qui a trait aux mesures ciblant la main-d'œuvre, les établissements de la région bénéficient du soutien et de l'expertise de l'équipe des ressources humaines de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean afin de parfaire l'état des lieux et d'identifier la stratégie ainsi que les modalités et priorités des actions à tenir dans une démarche régionale de santé et de sécurité au travail et pour la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre.
- L'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 démontrait la forte volonté de poursuivre l'identification et la réalisation d'initiatives d'intégration et de hiérarchisation de services cliniques et administratifs autour des deux pôles de services spécialisés (Baie-Comeau et Sept-Îles). Dans cette perspective, les collaborations par pôle de services se sont poursuivies, afin de dégager des marges de manœuvre pour une amélioration continue des services de proximité. À ce chapitre, les travaux en lien avec les différents chantiers sont des exemples concrets de cette concertation et collaboration entre les partenaires de la région.

Mesures d'optimisation

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Sujet	Action régionale	État d'avancement au 31 mars 2013
La téléphonie IP	1. Rehausser et maintenir en opération les systèmes téléphoniques prioritaires du : a. CSSS de la Haute-Côte-Nord b. CLSC Lionel-Charest c. Centre hospitalier (CH) Le Royer d. CSSS de la Minganie e. CLSC Naskapi 2. Inventaire des systèmes téléphoniques de la région.	1.1 Prolongation du contrat de maintenance du CSSS de la Haute-Côte-Nord réalisée. 1.2 Le rehaussement est complété pour les sites du CLSC Lionel-Charest, du CSSS de la Minganie ainsi que le remplacement du système téléphonique du CLSC Naskapi. 1.3 Le rehaussement du CH Le Royer est en cours de migration. 2. Inventaire complété et déposé à la DGTI.
La téléphonie cellulaire	1. Transfert au nouveau contrat de la Corporation de services regroupés de l'Estrie. 2. Fournir l'inventaire des cellulaires de la région. 3. Bénéfices.	1. Tous les cellulaires de la région furent transférés dans le nouveau contrat. 2. Inventaire déposé le 30 juin 2012 à la DGTI. 3. Collecte d'informations en cours auprès des établissements.
La visioconférence	1. Fournir l'inventaire des stations de visioconférence. 2. Explorer la mise en œuvre d'un service de visioconférence avec caméra Web.	1. Inventaire déposé le 30 juin 2012 à la DGTI. 2. Nouveau service de visioconférence non disponible.
Le courrier électronique	1. Compléter l'épuration des archives des boîtes de courrier électronique sur les postes de travail. 2. Compléter l'épuration des boîtes de courrier électronique. 3. Optimiser le nombre de licences de logiciels. 4. Normaliser les adresses de courrier électronique (ssss.gouv.qc.ca). 5. Inventorier les systèmes applicatifs et informationnels développés avec le collecticiel Lotus Notes et élaborer une stratégie visant à en gérer l'évolution.	1. L'épuration a été faite, mais on doit la refaire de façon continue. 2. Idem au point 1. 3. Hébergement complété au TCR du Bas-Saint-Laurent. 4. Normalisation des adresses complétée. 5. Inventaire complété et réécriture des applicatifs qui sont conservés, 80 % complété.
La gestion du parc des postes de travail	Virtualisation sur un horizon de trois ans, 60 % du parc des postes de travail. 1. Inventorier les systèmes d'information qui ont une dépendance forte avec la suite bureautique Microsoft Office (Word, Excel et Access) pour opérer. 2. Optimiser la gestion du parc des postes de travail par : 2.1 Utilisation de regroupements d'achats 2.2 Gestion régionale des licences 2.3 Partage de l'expérimentation du déploiement des applications de missions 2.4 Centralisation du déploiement et de l'évolution des postes de travail	1. Inventaire déposé à la DGTI. 2. L'ensemble du parc des postes de travail de la région est géré par la DRRI. Ses responsabilités sont : 2.1 L'achat des équipements par les corporations d'achats. 2.2 L'achat et la gestion des licences. 2.3 Le déploiement des postes de travail et des applications selon la mission. 2.4 La centralisation des budgets de maintien des actifs et l'évolution des postes de travail.

Sujet	Action régionale	État d'avancement au 31 mars 2013
	3. Élaborer un plan régional d'optimisation du parc par l'utilisation du client léger avec une cible de 60 % sur un horizon de quatre ans tenant compte des particularités régionales.	3. Le plan régional a été déposé le 28 août 2012.
Le regroupement des centres de traitement de données	1. Inventorier les centres de traitement dans la région qui ont plus de quatre serveurs. 2. Élaborer le plan d'optimisation pour : 2.1 Réduire progressivement le nombre de centres de traitement dans la région. 2.2 Optimiser l'utilisation des centres de traitement des centres hospitaliers déjà en place, comme il est prévu dans le plan de la région. 2.3 Optimiser les investissements récemment consentis. 2.4 Identifier la stratégie de continuité de services en maximisant les centres de traitement déjà en place dans la région. La stratégie de relève devra être précisée et mise en œuvre dans le plan d'optimisation.	1. Inventaire déposé à la DGTI. 2.1 Le nombre de centres de traitement a été réduit à trois sites physiques, dont un temporaire. 2.2 Les centres de traitement actuels sont situés au CH de Sept-Îles, au CH Le Royer de Baie-Comeau (temporaire) et à l'Agence (DRRI). Le CH Le Royer ne peut accueillir le deuxième centre de traitement faute d'espace. Les infrastructures seront regroupées à l'Agence lorsque les travaux d'immobilisations seront terminés. 2.3 Tous les serveurs dans les établissements qui pouvaient être regroupés dans les centres de traitement ont été transférés. 2.4 60 % des serveurs situés dans les centres de traitement sont virtualisés permettant une relève rapide et sécuritaire.
L'énergie	Trois projets d'économie d'énergie sont en cours dans la région : CSSS de la Basse-Côte-Nord, CSSS de Sept-Îles et CSSS de Manicouagan.	Deux projets sur trois sont terminés depuis 2008 et l'autofinancement (autorisation d'emprunt) se fait sur une période de sept ans. À terme, le projet du CSSS de Manicouagan devrait représenter, sur une base annuelle, des économies d'environ 300 000 $ pour un gain d'environ 11 000 giga-joules. Le projet du CSSS de Sept-Îles devrait, quant à lui, générer des économies annuelles d'environ 350 000 $ pour un gain d'environ 12 000 gigajoules.
L'approvisionnement en commun	Évaluation afin de standardiser les produits et fournitures dans chaque CSSS et augmenter les achats regroupés. - Informatisation des processus afin de basculer les services sur une base suprarégionale selon les orientations ministérielles (deux établissements à finaliser).	La standardisation des produits et fournitures dans chaque CSSS se fait au fur et à mesure que les contrats arrivent à échéance. L'informatisation de chaque CSSS est complétée.
La clientèle soutien à domicile (SAD) - (SAPA/DP/DI/TED)		Voir fiche de reddition de comptes à la page suivante.
Le système de paie	Uniformiser le système de paie dans l'ensemble des établissements de la Côte-Nord.	Tous les établissements de la région incluant l'Agence utilisent le système Paie-GRH de Logibec.

Soutien à domicile

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile (SAD) de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.03.05 Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	164 668 heures	180 905 heures	167 248 heures

Commentaires

En 2010-2011, le MSSS a demandé, à toutes les régions du Québec, d'augmenter de 10 %, d'ici 2015, les heures de services rendus à la clientèle du programme de SAD, et ce, à même les ressources matérielles et humaines actuellement disponibles dans les établissements.

Le MSSS a également demandé le dépôt et la mise en œuvre d'un plan d'action permettant d'atteindre les cibles d'optimisation identifiées à la région. Ce dernier a été déposé en avril 2013.

Au 31 mars 2013, la cible régionale n'a pas été atteinte. Par contre, on remarque qu'en 2012-2013 tous les établissements ont progressé de façon très significative au niveau des heures de services professionnels ainsi qu'au niveau des heures de services d'auxiliaires familiales auprès de la population.

La région a cependant enregistré une diminution des heures reliées aux changements entourant le chèque emploi-service pour lequel les CSSS ont peu de contrôle.

En octobre 2012, de concert avec l'ensemble des établissements nord-côtiers, l'Agence a bonifié le tarif horaire du chèque emploi-service de 11 $ à 13 $ de l'heure pour faciliter le recrutement des employés de gré à gré sur tout le territoire. Cette mesure commence à avoir des effets positifs sur la diminution des heures au niveau de cette modalité pour les usagers.

La difficulté de recrutement des professionnels sur notre territoire demeure un enjeu, car plusieurs postes sont toujours vacants. Cette situation peut créer une liste d'attente et rendre difficile l'atteinte des cibles.

Des travaux seront faits par l'Agence, au cours des prochains mois, afin de faire le point sur la situation, dans chacun des établissements de la région, et de mettre en œuvre rapidement des mesures correctives efficaces visant l'augmentation des heures de services directs qui répondront aux divers besoins des usagers en SAD de la Côte-Nord.

Accessibilité aux services

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Sujet	Action régionale	État d'avancement au 31 mars 2013
Accès aux services spécialisés de chirurgie	Élaboration d'un plan d'action régional.	Voir la fiche de reddition de comptes à la page 37.
Accès aux services d'imagerie	Élaboration d'un plan d'action régional.	Voir la fiche de reddition de comptes à la page 38.
Accès au continuum de services AVC	Élaboration d'un plan d'organisation régional.	Participation aux travaux en cours, au regard du projet de téléthrombolyse (RUIS-UL). Deux sites pilotes identifiés, soit les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles pour un projet de démonstration.
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Élaboration d'un plan d'organisation régional.	Coordination d'un comité régional pour l'organisation des services. Dépôt d'une matrice en vue d'une désignation d'un centre secondaire régional au CSSS de Sept-Îles.
Configuration des services médicaux	Collaboration et dépôt du PREM 2012-2015.	Dépôt du plan de déploiement.
Laboratoires	Participation au projet OPTILAB et déploiement des actions attendues. Création de la conférence régionale sur les services de laboratoire. Élaboration d'un plan d'organisation régional.	Collaboration à l'action provinciale OPTILAB : - Analyse au regard de l'abolition de la facturation interétablissements. - S'assurer du respect des corridors de services identifiés. - Remplir les données dans GESLAB. - Suivre les recommandations émises lors des visites d'agrément. Travaux en cours pour le choix d'un nouveau SIL régional.
Traumatologie	S'assurer de la conformité au FECST.	Terminé.
Prise en charge de l'infarctus du myocarde	Élaboration d'un plan d'organisation régional.	Travaux en cours : Chaque CSSS a rempli la grille « Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) ».

Ligne Info-Santé/Info-Social

INFO-SANTÉ

Le service Info-Santé permet de joindre un professionnel de la santé en cas de problème non urgent en composant le 811. Ce service téléphonique de consultation professionnelle, accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, constitue une composante majeure de l'organisation des services de première ligne. Il permet de répondre à certaines questions courantes de santé ou de diriger la personne vers la bonne

ressource dans le réseau. Il s'inscrit en complémentarité aux services des CSSS et des GMF qui assurent, pour leur part, la prise en charge du patient au-delà d'un problème ponctuel.

Le nombre d'appels à Info-Santé est passé de 48 751 en 2011-2012 à 53 108 en 2012-2013. Par ailleurs, le niveau de performance du délai de réponse a atteint 82,8 %.

INFO-SOCIAL

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	Service disponible	Service disponible	Service disponible
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	91,6 %	90 %	90,4 %

Commentaires

Indicateur 1.02.05

La Côte-Nord offre un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux, et ce, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Indicateur 1.02.04

L'objectif est atteint quant au pourcentage d'appels de service de consultation téléphonique répondus dans un délai de quatre minutes ou moins.

Pour l'année 2012-2013, 2 449 appels ont été logés au service Info-Social, ce qui représente un pourcentage de niveau de service autour de 92,59 %. L'exigence du MSSS consiste à atteindre 90 %.

Le service d'AEOR (accueil, évaluation, orientation, référence) régional est en voie d'être consolidé pour l'ensemble des CSSS de la Côte-Nord, à l'exception du CSSS de la Basse-Côte-Nord. Cette année, 198 demandes ont été transmises aux CSSS.

En novembre 2012, une entente a été conclue avec le CPRCN pour la réponse aux appels d'urgences sociales en dehors des heures normales de bureau. Cette année, 494 appels d'urgences sociales ont été traités par le service Info-Social.

Par ailleurs, plusieurs démarches de concertation et de collaboration sont en cours avec les communautés autochtones de la Côte-Nord et les intervenants du service Info-Social ont reçu une formation concernant l'intervention psychosociale auprès des Premières Nations.

Effectifs médicaux

MÉDECINE DE FAMILLE

Au 31 mars 2013, on recensait, dans la région de la Côte-Nord, 112 médecins de famille ayant une pratique en établissement de santé ainsi que 20 médecins de famille ayant une pratique exclusive en clinique privée. En 2012, le PREM en médecine de famille autorisait la région à recruter seize nouveaux médecins. Au cours de l'année 2012-2013, dix médecins de famille ont obtenu un avis de conformité au PREM de la région. En considérant l'attrition, il s'agit d'un ajout net de trois médecins de famille par rapport à l'année 2011. La région a atteint 62,5 % de son objectif de croissance au PREM 2012.

Bien que le nombre d'effectifs en médecine de famille augmente annuellement depuis 2010, plusieurs établissements de la région ont eu recours au mécanisme de dépannage, sur une base régulière, afin d'éviter les ruptures de service notamment aux services d'urgence, d'hospitalisation et d'obstétrique.

Les plans d'effectifs médicaux (PEM) en médecine de famille demeurent complets au CSSS de l'Hématite et au CLSC Naskapi. Avec l'arrivée prévue de nouveaux médecins de famille à l'été 2013, le CSSS de la Haute-Côte-Nord, pavillon Les Escoumins, complétera également son PEM.

Au CSSS de la Haute-Côte-Nord, pavillon Forestville, le pourcentage d'atteinte au PEM a augmenté par rapport à l'année dernière et a atteint 67 %, tout comme au CSSS de Manicouagan où le pourcentage d'atteinte au PEM est passé à 92 %.

Au CSSS de Port-Cartier, la situation au regard des effectifs médicaux en médecine de famille s'est maintenue et le PEM demeure atteint à 64 %. Au CSSS de Sept-Îles, le PEM est atteint à 71 %.

Plus à l'est, en Minganie et en Basse-Côte-Nord, le pourcentage d'atteinte au PEM a diminué par rapport à l'année dernière atteignant 83 % au CSSS de la Minganie et 90 % au CSSS de la Basse-Côte-Nord.

MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Le PREM de la Côte-Nord, en médecine spécialisée, compte 99 postes. De ce nombre, cinq postes sont « à caractère régional » et visent à desservir la population de l'ensemble du territoire. Au 31 mars 2013, 60 médecins spécialistes pratiquaient dans l'un des établissements à vocation sous-régionale de la région.

Au terme de l'année 2012-2013, le PREM de la région en médecine spécialisée a atteint 61 %, soit 51 % au CSSS de Manicouagan et 76 % au CSSS de Sept-Îles.

À l'instar de la médecine de famille, les effectifs en médecine spécialisée ont également été touchés par la pénurie d'effectifs médicaux au cours de la dernière année. Pour que la population puisse avoir accès à certains services dont l'anatomo-pathologie, la chirurgie générale, la chirurgie orthopédique, la dermatologie, la neurologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la psychiatrie, la radiologie diagnostique et l'urologie, les établissements ont eu recours au mécanisme de dépannage ou ont référé la clientèle à l'extérieur de la région.

Tableau 9 - Évolution des effectifs médicaux

Établissement	Médecine de famille					Médecine spécialisée				
	PEM autorisé	Médecin en poste au 31 mars				PEM autorisé	Médecin en poste au 31 mars			
	2013	2010	2011	2012	2013	2013	2010	2011	2012	2013
CSSS de la Haute-Côte-Nord										
❖ Pavillon Les Escoumins	11	8	8	9	9					
❖ Pavillon Forestville	9	4	5	5	6					
CSSS de Manicouagan										
❖ Volet hospitalier	35	25	26	29	33	45	17	19	22	23
❖ Volet CLSC	3	1	2	2	2					
CSSS de Port-Cartier	11	5	6	7	7					
CSSS de Sept-Îles										
❖ Volet hospitalier	32	23	22	22	23	49	34	34	38	37
❖ Volet CLSC	2	1	1	1	1					
CSSS de la Minganie	12	9	12	12	10					
CSSS de la Basse-Côte-Nord	10	12	10	12	9					
CSSS de l'Hématite	7	8	8	6	8					
CLSC Naskapi	3	4	4	4	4					
TOTAL	135	100*	104*	109*	112*	99**	51	53	60	60

* De ce nombre, certains médecins sont à demi-temps, mais doivent être comptabilisés comme un effectif.

** Ce chiffre inclut les postes dont les spécialités sont contenues dans l'enveloppe régionale, soit la gastro-entérologie (un poste), la néphrologie (deux postes), la rhumatologie (un poste) et la chirurgie plastique (un poste).

Services offerts en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle

L'Agence, de concert avec le comité régional intersectoriel en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle de la Côte-Nord, a poursuivi ses démarches avec les partenaires de la région afin d'établir les orientations et la nature des actions et des projets à soutenir à la suite de l'étude spécifique à la région, intitulée « Violence conjugale dans la région de la Côte-Nord, ampleur du problème, facteurs explicatifs et pistes d'intervention », réalisée en 2011, et de l'Enquête Santé Côte-Nord.

Agression sexuelle

Toujours en continuité des démarches de formation et d'amélioration de l'offre de service auprès des victimes d'agression sexuelle, deux jours de formation ont été offerts à une centaine de personnes au printemps 2012.

Ces formations visaient l'ensemble des membres des équipes multidisciplinaires qui interviennent en région Côte-Nord auprès des victimes d'agression sexuelle, afin de s'approprier les étapes requises de l'intervention et de permettre également une meilleure intégration des aspects médicaux, sociaux et légaux et une appropriation de la manipulation des outils, en cette matière.

Actuellement, cinq CSSS ont adopté leur protocole d'intervention destiné aux victimes d'agression sexuelle en vue d'actualiser et de rendre formelle l'offre de service de centre désigné sur chacun des territoires.

Services d'urgence

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière (plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif)		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	18,35 %	< 15 %	22 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	5,5 %	< 1 %	7 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	14,6 heures	< 12 heures	16,5 heures

Commentaires

Les cibles ne sont pas atteintes et la situation demeure difficile dans les CSSS de la région.

Il y a eu actualisation du plan de désengorgement des CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles.

Un suivi quotidien est réalisé auprès des CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles et les cas de plus de 48 heures sont documentés.

Les travaux du chantier « Accessibilité à la première ligne et consolidation des réseaux locaux de services » ainsi que ceux du chantier « Hébergement » ont permis d'identifier des mesures qui devraient dénouer la situation en vue de l'atteinte des cibles l'an prochain.

Comité régional de traumatologie

Le comité régional de traumatologie est un comité qui relève de l'Agence et qui s'adresse à l'ensemble des intervenants régionaux concernés par la traumatologie.

La composition du comité est la suivante :

- Un médecin-conseil expert en traumatologie (président);
- Un représentant de chacun des centres désignés par le réseau québécois de traumatologie sur la Côte-Nord : CSSS de Sept-Îles (centre secondaire), CSSS de Manicouagan (centre primaire), CSSS de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite (services de stabilisation médicale);
- Un représentant des services de réadaptation du CPRCN;
- Le directeur régional des affaires médicales, coordination des programmes-services et prévention-promotion;
- La directrice médicale régionale des services préhospitaliers d'urgence de l'Agence;
- Les professionnels responsables des dossiers traumatologie, services de réadaptation et prévention-promotion de l'Agence.

Les mandats du comité régional de traumatologie sont :

- Évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie et élaborer un programme régional de traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme;
- Superviser l'implantation et assurer le suivi du Programme régional de traumatologie (préhospitalier, hospitalier, réadaptation et soutien à l'intégration);
- Voir à l'implantation et au bon fonctionnement des corridors de services régionaux et interrégionaux;
- S'assurer de l'existence de protocoles de transfert requis;
- S'assurer de la mise en place de processus d'assurance de la qualité des soins et de l'accessibilité à toute la population de la région;
- Veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins de qualité à la population de leur territoire, selon les exigences formulées par le groupe d'experts pour la désignation du niveau de soins;
- Recevoir et assurer le suivi des recommandations des équipes du groupe-conseil de traumatologie, en vue de la désignation des établissements par le MSSS;
- Contribuer à la planification de certains éléments du continuum, à l'élaboration de programmes spécifiques, par exemple le suivi de la mise en place d'un registre des traumatismes dans les établissements désignés, et à leur application;
- Assurer la promotion du développement du Programme régional de traumatologie;
- Assurer un rôle-conseil auprès de l'Agence.

En 2012-2013, le comité a tenu trois rencontres.

Comité régional pour l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
3.07 Nombre d'IPS de première ligne disponibles	0	3	0
Commentaires			
Indicateur 3.07 Actuellement, deux IPS de première ligne terminent leur formation et seront disponibles aux CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles, dès l'automne 2013. Les efforts se poursuivent afin de recruter une troisième IPS de première ligne.			

Les mandats du comité régional pour l'implantation des IPS sont :

- Identifier les premiers lieux de pratique de l'IPS en soins de première ligne;
- Assurer un développement uniforme des conditions d'exercice de l'IPS (partage d'outils, stratégies d'implantation, communautés de pratique, etc.);
- Mettre en place un plan de communication régional (médecins, partenaires du réseau, population);
- Assurer un suivi et une évaluation de déploiement;
- Améliorer l'accès aux stages;
- Apporter du soutien aux comités locaux.

Les membres de ce comité sont les suivants.

Tableau 10 - Membres du comité régional pour l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées

Nom	Fonction	Établissement
Marlène Berthelot	Présidente de la Commission infirmière régionale	CSSS de Sept-Îles
Roger Dubé	Chef du Département régional de médecine générale	CSSS de Manicouagan
Louise Marcheterre	Directrice de l'Unité de médecine familiale	CSSS de Manicouagan
Lise Boivin	Chef de service en santé physique	Agence
Pascal Paradis	Conseiller en communication	Agence

Un poste réservé aux établissements est vacant. En 2012-2013, ce comité ne s'est pas réuni.

Lutte au cancer

Ce comité multidisciplinaire regroupe des représentants de chacun des RLS de santé et de services sociaux du territoire nord-côtier. Son mandat devra être révisé à la lumière des recommandations contenues dans le Plan d'action 2013-2015 en cancérologie de la Direction québécoise de cancérologie. En 2012-2013, le comité régional ne s'est pas réuni.

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est un programme de prévention qui s'adresse aux Québécoises âgées de 50 à 69 ans. Chaque femme reçoit une lettre d'invitation pour passer une mammographie de dépistage aux deux ans. Cette lettre, signée par un médecin, sert d'ordonnance médicale à la femme et l'invite à contacter un centre de dépistage désigné (CDD) de sa région pour fixer un rendez-vous. Lorsque le résultat de la mammographie est normal, une lettre l'avisant lui est envoyée dans les plus brefs délais, le rapport étant acheminé au médecin traitant. S'il y a une anomalie, le médecin traitant est rapidement avisé et ce dernier communique avec sa patiente pour prescrire des examens complémentaires dans les jours qui suivent. Dans chaque CDD, toutes les données sont inscrites au système d'information provincial (SI-PQDCS).

La coordination administrative du PQDCS est assurée par l'Agence.

Sur la Côte-Nord, il y a trois établissements désignés comme CDD, soit les CSSS de Manicouagan, de Sept-Îles et de la Minganie. Les CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles sont également des centres de référence pour investigation désignés (CRID).

Un service d'unité portative (*SOPHIE*), opéré par l'INSPQ, dessert la clientèle de la Basse-Côte-Nord et de Schefferville. La région de Fermont est desservie par l'unité mobile *CLARA*.

Chirurgie

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de six mois 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours		
Indicateur		**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.09.20.01	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	95,5 %	90 %	92,3 %
1.09.20.02	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	92,7 %	90 %	82,9 %
1.09.20.03	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,1 %	90 %	95,3 %
1.09.20.04	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	91,2 %	90 %	89,7 %
1.09.20.05	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	96,2 %	90 %	95,4 %
1.09.32.01	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie de la hanche	0	0 demande	0
1.09.32.02	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie du genou	1	0 demande	4
1.09.32.03	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte	0	0 demande	3
1.09.32.04	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour	117	0 demande	45
1.09.32.05	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation	4	0 demande	11
1.09.33	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	54,4 %	70 %	79,1 %

Commentaires

L'accès aux services médicaux spécialisés est en partie tributaire de la présence de médecins spécialistes au sein des établissements de la région. Au cours de l'année 2012-2013, des médecins spécialistes, notamment en chirurgie générale et en chirurgie orthopédique, ont quitté la région. Ces départs ont eu un impact sur les délais d'accès à la chirurgie.

Indicateurs 1.09.20 et 1.09.32

Les cibles concernant le pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur des délais pour les arthroplasties du genou et les chirurgies d'un jour n'ont pas été atteintes ainsi que la cible fixée à aucune demande en attente depuis plus d'un an. Toutefois, on constate une amélioration par rapport à l'année 2011-2012 où le nombre d'usagers en attente depuis plus d'un an était supérieur.

Les cibles concernant le pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur des délais pour les arthroplasties de la hanche, les chirurgies de la cataracte et les chirurgies avec hospitalisation ont, quant à elles, été atteintes.

Afin de respecter les délais prescrits par le MSSS, il est attendu que les établissements poursuivent l'épuration des listes d'attente, que les usagers en attente depuis plus d'un an soient traités en priorité (selon leurs disponibilités et les disponibilités opératoires) et que la gestion de la non-disponibilité des usagers soit faite de façon rigoureuse.

Au 31 mars 2013, on observe régionalement une diminution du nombre d'usagers en attente pour une chirurgie. Conséquemment, le nombre de demandes d'inscriptions au mécanisme d'accès a diminué. En comparant l'année 2012-2013 à l'année précédente, on constate que la production chirurgicale a diminué. Toutefois, en comparant ce même résultat obtenu avec également ceux obtenus lorsque la situation au regard des effectifs médicaux était similaire (2008-2009 et 2009-2010), il en résulte une hausse de la production chirurgicale.

Commentaires (suite)
Indicateur 1.09.33 Au cours de l'année 2012-2013, des travaux d'épuration des listes d'attente, de déclaration et de codification des interventions à prédominance oncologique ont été réalisés au sein des établissements de la région afin d'avoir un portrait juste et réel de l'attente. Au terme de l'année financière, la région a atteint la cible concernant le pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier.

Imagerie médicale

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	6.6.1 Assurer aux personnes inscrites un accès aux services dans un délai de 90 jours ou moins		
Indicateur	Résultat 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013
Demandes de services en attente			
1.09.34.01 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	44,1 %	100 %	36,4 %
1.09.34.02 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	25,3 %	100 %	33,6 %
1.09.34.03 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	46,5 %	100 %	64,9 %
1.09.34.04 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	88,9 %
1.09.34.05 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	27,1 %	100 %	28,6 %
1.09.34.06 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	50,4 %	100 %	75,9 %
1.09.34.07 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	36,8 %	100 %	30,3 %
1.09.34.08 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	45 %	100 %	27,7 %
1.09.34.09 Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	34,1 %	100 %	26,5 %
Lecture des examens			
1.09.35.01 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	70 %	100 %	79,9 %
1.09.35.02 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	75,2 %	100 %	74,9 %
1.09.35.03 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	27,9 %	100 %	25,2 %
1.09.35.04 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	98,5 %	100 %	93,2 %
1.09.35.05 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	99,3 %	100 %	99,1 %

Indicateur	Résultat 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013
Lecture des examens (suite)			
1.09.35.06 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	94,4 %	100 %	99,5 %
1.09.35.07 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	92 %	100 %	97,6 %
1.09.35.08 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	98,7 %	100 %	99,6 %
1.09.35.09 Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	76 %	100 %	58,4 %
Examens réalisés			
1.09.36.01 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	96,87 %	100 %	99,49 %
1.09.36.02 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	63,5 %	100 %	66,28 %
1.09.36.03 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	71,83 %	100 %	73,14 %
1.09.36.04 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100 %	100 %	100 %
1.09.36.05 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	80,1 %	100 %	72,15 %
1.09.36.06 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	72,48 %	100 %	95,55 %
1.09.36.07 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	84, 74 %	100 %	86, 89 %
1.09.36.08 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	83,79 %	100 %	86,46 %
1.09.36.09 Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	62,77 %	100 %	77,8 %
Transcription et transmission des rapports			
1.09.37.01 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	29,8 %	100 %	52,99 %
1.09.37.02 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	66,23 %	100 %	60,8 %
1.09.37.03 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	84,02 %	100 %	90,5 %
1.09.37.04 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	98,36 %	100 %	99,9 %
1.09.37.05 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100 %	100 %	100 %
1.09.37.06 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	72,16 %	100 %	88,83 %
1.09.37.07 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	37,36 %	100 %	82,01 %
1.09.37.08 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	50,33 %	100 %	88,01 %
1.09.37.09 Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	38,96 %	100 %	74,86 %
Commentaires			
L'offre de service en imagerie médicale est en partie tributaire de la présence de radiologistes. Le manque d'effectifs médicaux en radiologie diagnostique au sein des établissements nord-côtiers influence les résultats obtenus par la région.			

Commentaires (suite)

Indicateurs 1.09.34

Au terme de l'année 2012-2013, la région n'a pas été en mesure d'atteindre la cible fixée à 100 % des demandes de services en attente traitées à l'intérieur d'un délai de trois mois. Les résultats obtenus au regard de la proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale sont variables, selon le type d'examens, mais demeurent similaires à ceux obtenus au cours de l'année 2011-2012.

On constate toutefois une amélioration des délais d'accès pour les scopies, les mammographies, les échographies cardiaques, les échographies mammaires et une augmentation des délais d'accès pour les graphies, les tomodensitométries et les résonances magnétiques. Bien que les délais d'accès pour les échographies obstétricales aient légèrement augmenté, ils demeurent près de la cible ministérielle.

Indicateurs 1.09.35

Les cibles concernant la proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale n'ont pas été atteintes. À l'exception des mammographies diagnostiques et des résonances magnétiques, les résultats obtenus se rapprochent de la cible ministérielle. Comparativement à l'année 2011-2012, on observe une amélioration des délais de lecture pour les examens de graphies, d'échographies mammaires, des autres échographies et des tomodensitométries.

Indicateurs 1.09.36

Dans la région, la proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales a été traitée à l'intérieur des délais. À l'exception des examens en échographie cardiaque, la proportion des demandes à l'intérieur des délais s'est améliorée au cours de l'année 2012-2013.

Indicateurs 1.09.37

La région a atteint la cible quant à la proportion des rapports transcrits, remplis et transmis dans un délai de sept jours ou moins pour les échographies cardiaques. À l'exception des scopies, la région a amélioré, au cours de l'année 2012-2013, ses délais de transcription et de transmission des résultats des examens réalisés en imagerie médicale. Les résultats obtenus par la région se rapprochent donc de la cible ministérielle.

Afin d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, les établissements ont poursuivi leurs démarches de recrutement médical, mais ont également entrepris divers travaux dont la réorganisation du travail, l'optimisation des plateaux techniques, la formation de technologues en imagerie médicale pour certains types d'examens, etc.

Déplacement des usagers

La politique de subvention pour le déplacement des usagers permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport et s'ajoute maintenant un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Ces coûts sont remboursés par les établissements de santé de la région.

Le volume et les coûts de déplacement liés à cette politique sont présentés à l'annexe B.

Groupe de médecine de famille

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.09.25 Nombre total de GMF implantés	4	5	4
1.09.26 Pourcentage de médecins de famille exerçant en cabinet ou en CLSC qui pratiquent en GMF (ou équivalents)	-	-	40,6 %
1.09.27 Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille : • Inscriptions en GMF (37,4 %) • Inscriptions générales (19,4 %)	55,6 %	-	56,8 %

Commentaires

Indicateur 1.09.25

Le processus d'implantation d'un GMF sur plusieurs sites au CSSS de la Haute-Côte-Nord est en cours.

Indicateur 1.09.26

Les médecins qui exercent en cabinet ou en CLSC sont ceux qui sont susceptibles de faire partie d'un GMF. Les objectifs poursuivis par les GMF (ou équivalents) sont :

- D'assurer une plus grande accessibilité des services, la prise en charge globale et le suivi des patients inscrits auprès d'un médecin, membre d'un GMF;
- De permettre, à moyen terme, à plus de gens d'avoir accès à un médecin de famille;
- D'améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne;
- De développer une plus grande complémentarité des services avec les CSSS;
- De reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille.

L'augmentation de la proportion de médecins de famille qui exercent en cabinet ou en CLSC et qui pratiquent en GMF est tributaire de l'accréditation ou de la reconnaissance des nouveaux groupes. En effet, les médecins de famille sont libres de choisir cette organisation fonctionnelle ou non comme mode de pratique. Cet indicateur ne signifie pas qu'il y a plus ou moins de médecins de famille qu'auparavant. Il est le reflet de ceux qui choisissent cette organisation fonctionnelle comme mode de pratique. En effet, les groupes accrédités ou reconnus existent déjà en tant que cliniques médicales ou en tant que médecins exerçant en CLSC.

Indicateur 1.09.27

Le modèle d'organisation GMF est le mode de pratique prédominant au sein de plusieurs territoires de la Côte-Nord. La collaboration infirmière-médecin présente en GMF soutient le groupe de médecins dans la prise en charge et le suivi de la clientèle.

Parmi la population inscrite, 40 % est considérée comme une clientèle vulnérable (personnes souffrant de maladies chroniques telles que le cancer, le diabète, les maladies respiratoires sévères, l'insuffisance cardiaque). Les services des GMF bénéficient à 37,4 % des Nord-Côtiers.

Tableau 11 - Groupes de médecine de famille sur la Côte-Nord

Ville	Nom	Nombre de médecins partenaires	Nombre d'inscriptions au 1er janvier 2013 (ratio de la clientèle vulnérable)
Baie-Comeau	GMF de la Polyclinique Boréale	18	12 660 (43,40 %)
Port-Cartier	GMF Horizon Santé	6	4 686 (41,85 %)
Sept-Îles	GMF Vents et Marées	16	13 196 (41,26 %)
Havre-Saint-Pierre	GMF de la Minganie	12	4 481 (28,32 %)
TOTAL			35 023 (40,46 %)

Un nouveau plan d'action transitoire pour le renouvellement des accréditations est en vigueur depuis le 26 mars 2013.

Services préhospitaliers d'urgence

En conformité avec les orientations, les priorités et les objectifs ministériels, et en tenant compte de la situation géographique et de l'étendue de son territoire, de la densité de la population qui y réside de même que de la disponibilité des technologies, l'Agence est responsable de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence sur son territoire.

RÉORGANISATION DES SERVICES AMBULANCIERS

À la suite d'une analyse approfondie, l'Agence annonçait, en décembre 2012, une modification des services ambulanciers dans les MRC de Manicouagan, de Sept-Rivières et de la Minganie. Ces changements découlent de la fin des projets pilotes dans la province, dont celui de Baie-Comeau, annoncée par le MSSS. Ce dernier acceptait que le budget récurrent lié au projet pilote de Baie-Comeau, soit un peu plus d'un million de dollars, demeure dans la région, à condition que l'Agence revoit la couverture ambulancière sur tout le territoire afin d'offrir à la population un accès équitable aux services.

- Au cours de l'automne 2012, l'Agence a analysé tous les facteurs permettant d'apprécier l'offre de services ambulanciers dans les zones de Baie-Comeau, Port-Cartier, Sept-Îles et Havre-Saint-Pierre.
- Les travaux ont porté sur l'évaluation des charges de travail dans les quatre zones ainsi que sur le temps de réponse aux appels prioritaires. D'autres aspects ont aussi été considérés, notamment l'étendue du territoire à couvrir et le nombre d'appels.
- Les modifications apportées assurent un accès plus équitable aux services dans la région par l'ajout d'un total de 67 heures de couverture ambulancière par semaine dans les MRC visées :
  - Baie-Comeau (+ 30 heures) : Un véhicule avec ambulanciers à bord 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, demeure. Un autre véhicule avec ambulanciers à bord 24 heures sur 24, 3 jours par semaine et 20 heures sur 24, 4 jours par semaine. Transformation pour le troisième véhicule d'un horaire à l'heure vers un horaire de faction.
  - Sept-Îles (+ 5 heures) : Le secteur a une ambulance à l'heure et une ambulance de faction en tout temps, ainsi qu'une autre à 8,25 heures par jour, du lundi au vendredi et 12 heures la fin de semaine. On ajoute cinq heures par semaine au troisième véhicule pour rééquilibrer la charge de travail entre la semaine et la fin de semaine.
  - Port-Cartier (+ 12 heures) : Le secteur a une ambulance de faction en tout temps, ainsi qu'un véhicule qui passe de 8,25 heures par jour à 10 heures par jour, 7 jours sur 7.

- Minganie (+ 108 heures) : La zone de Havre-Saint-Pierre aura maintenant deux ambulances de faction en tout temps (24 heures par jour, 7 jours sur 7), ce qui permet d'ajouter 108 heures de couverture par semaine.

❖ Les deux tiers du budget récurrent du projet pilote seront consacrés à la région de Baie-Comeau, tandis que le tiers sera réparti dans les autres MRC (Sept-Rivières et Minganie).

❖ Cette réorganisation des services ambulanciers permettra à la population de la région Côte-Nord d'avoir accès à une offre de service mieux adaptée à ses besoins.

FORMATION

En plus des formations habituellement offertes annuellement aux techniciens ambulanciers-paramédics (TAP) et des mesures périodiques instaurées afin de vérifier l'atteinte et le respect des standards de compétence par la révision de certaines interventions, deux autres formations se sont ajoutées en cours d'année :

❖ À la suite de la mise en place des nouveaux moniteurs défibrillateurs permettant de diagnostiquer les infarctus aigus du myocarde avec élévation du segment ST, tous les TAP ont reçu une formation sur l'électrocardiogramme 12 dérivations.

❖ Une autre formation sur l'utilisation d'un appareil nommé « oxylator » a été donnée à 50 % des TAP.

PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITÉ

Sur un total de 5 748 transports provenant de la population et excluant les transports interétablissements, 1 058 cas ont été révisés, touchant 16 protocoles d'intervention. Cette révision se fait dans le cadre du programme d'assurance qualité afin d'assurer à la population du territoire des services de haut standard.

Tableau 12 - Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord

Compagnie ambulancière	2012-2013	2011-2012
Ambulance Sacré-Cœur inc. (Zone 900 - Sacré-Cœur)	208	178
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 901 - Les Escoumins)	702	473
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 902 - Forestville)	488	673
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 903 - Baie-Comeau)	2 959	2 778
Ambulance Manic inc. (Zone 904 - Manic-5)	21	30
Ambulance Baie-Trinité inc. (Zone 905 - Baie-Trinité)	127	128
Ambulances Porlier inc. (Zone 906 - Port-Cartier)	696	672
Ambulances Porlier inc. (Zone 907 - Sept-Îles)	3 269	2 960
Ambulances Porlier inc. (Zone 909 - Minganie)	703	646
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la BCN (Zone 912 - Blanc-Sablon)	245	221
Ville de Fermont (Zone 914 - Fermont)	246	199
Services ambulanciers Porlier ltée (Zone 915 - Schefferville)	135	145
TOTAL	9 799	9 103

Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille

Le guichet d'accès a pour objectif de faciliter l'accès de la population du territoire à un médecin de famille, selon une échelle de priorisation clinique et selon la disponibilité des effectifs médicaux. Par cet objectif, les guichets d'accès permettent, dans chacun des CSSS, de centraliser la réception et le traitement des demandes de recherche d'un médecin de famille. Pour faciliter l'identification, la priorisation et l'orientation de la clientèle, le personnel des guichets d'accès utilise le système d'information des guichets d'accès pour la clientèle sans omnipraticien (SIGACO). Tous les CSSS de la région ont mis en place un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille. Seul le CLSC Naskapi n'a pas débuté l'inscription des données dans le logiciel SIGACO.

À cet égard, voici l'état de situation au 31 mars 2013.

Tableau 13 - Clientèle des guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille de la Côte-Nord

Nombre	Au 31 mars 2013	Au 31 mars 2012
Médecins inscrits	100	85
Patients inscrits	13 186	7 169
Patients en attente	3 910	3 329
Patients pris en charge	9 116	3 755

Organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale

Au 31 mars 2013, 12 personnes reçoivent des services de suppléance rénale par des traitements d'hémodialyse au CSSS de Sept-Îles, soit l'équivalent de 1 140 traitements pour l'année 2012-2013.

Dans le secteur ouest, le projet de développement des services d'hémodialyse au CSSS de Manicouagan est à l'étude au MSSS.

Douleur chronique

Depuis 2008, un consortium formé du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) et du regroupement du Centre hospitalier affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis et de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus est en place afin de développer un centre d'expertise en douleur chronique (CEDC) pour les établissements partenaires du RUIS de l'Université Laval.

Docteure Yveline Romain, du CSSS de Sept-Îles, agit à titre de représentante de la Côte-Nord au sein de la table interrégionale de ce consortium.

Un comité régional formé de représentants de certains établissements nord-côtiers permet de collaborer à la mise en place des recommandations du consortium.

En 2012-2013, quatre rencontres du comité ont eu lieu et l'élaboration d'une offre de service régionale concertée et complémentaire est en cours.

Maladies chroniques

AUTOGESTION ET RÉADAPTATION DE LA CLIENTÈLE ATTEINTE DE MALADIES CHRONIQUES

La gestion des maladies chroniques représente un défi de taille pour le système de santé et des changements sont nécessaires pour mieux gérer ces problèmes de santé complexes. En raison du pourcentage important de la population qui est à risque de développer une maladie chronique ou qui en a déjà une, on reconnaît de plus en plus qu'il faut élaborer des stratégies basées et axées sur les patients. Les maladies chroniques sont gérées selon un continuum de soins et de services de santé, qui va de la prévention primaire au traitement tertiaire des maladies. Pour y parvenir, des politiques de virage ambulatoire ont été mises en place et la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques a été fortement encouragée. Un élément important pour la réussite de ces politiques est associé à l'utilisation judicieuse des technologies de l'information et de communication, qui connaissent présentement une évolution accélérée. Plus précisément, les télésoins contribuent positivement à la prestation à distance de soins de santé. Le but des télésoins à domicile consiste à soutenir les patients qui souffrent de maladies chroniques, avec l'aide des infirmières qui surveilleront à distance leur état de santé et les paramètres cliniques, grâce à l'utilisation de la technologie.

En décembre 2012, une démarche a été entreprise par les CSSS de Sept-Îles, de Port-Cartier et de la Basse-Côte-Nord, en collaboration avec l'Agence. Le projet consiste à la mise en place des télésoins en maladies chroniques sur le territoire de la Côte-Nord, soit au pôle est dans une première phase. Dans un contexte traditionnel, la prise en charge globale de ces clientèles s'avère souvent difficile, compte tenu des ressources disponibles et de l'étendue du territoire à couvrir. L'intégration des télésoins dans l'offre de service permet d'outiller à la fois les professionnels de la santé et les patients. En effet, la technologie offre un plan de traitement informatisé qui agit comme médiateur des interactions entre le patient, le professionnel et les autres plateaux techniques disponibles au sein du CSSS. La technologie est un intermédiaire transparent qui facilite et simplifie le travail de chacun, qui allège et vient renforcer la démarche thérapeutique entreprise.

Dans un premier temps, le projet sera déployé dans les CSSS du pôle est, soit les CSSS de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord, de l'Hématite, de Port-Cartier et de Sept-Îles. Par la suite, il le sera dans le pôle ouest, soit dans les CSSS de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord. La clientèle ciblée pour la première phase du projet est celle présentant une pathologie de diabète. Ensuite, la deuxième phase visera l'hypertension artérielle et, finalement, en troisième phase, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Depuis décembre 2012, il y a eu quatre rencontres.

Accès aux services

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	Respecter, par installation, la cible quotidienne de trois personnes et moins considérées en fin de soins actifs et occupant un lit de courte durée en CHSGS	
Indicateur	**Cible 2012-2013**	**Atteinte de l'objectif 2012-2013**
4.1.1 Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers des lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée	< 3 personnes	1,8 %
4.1.2 Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	< 3 personnes	0,2 %
4.1.3 Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence/unités transitoires de récupération fonctionnelle occupant des lits de courte durée	< 3 personnes	0,4 %
4.1.4 Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	< 3 personnes	0 %
4.1.5 Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement et de soins de longue durée CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	< 3 personnes	3,7 %
4.1.6 Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	< 3 personnes	0,7 %
4.1.8 Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	< 5 %	4,71 %
Commentaires		
Indicateur 4.1.5 Deux établissements qui ont des personnes en attente d'hébergement en CHSLD sont en processus de réorganisation de leurs ressources d'hébergement.		

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation comme définie dans les lignes directrices du MSSS		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Cible 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.03.06 Degré moyen d'implantation dans les réseaux locaux de services	56,22 %	60 %	62 %
Commentaires			
L'objectif régional est atteint. La majorité des établissements a implanté les composantes à un pourcentage supérieur à 60 %. Un seul établissement accuse un retard lié à l'indisponibilité d'une ressource responsable de la démarche. Au 31 mars 2013, l'établissement avait régularisé la situation de sorte qu'il devrait être en mesure de poursuivre l'implantation du RSIPA et atteindre l'objectif en 2013-2014.			

La norme minimale d'implantation du RSIPA, pour avoir un impact positif sur l'offre de service, est de 70 %. Dans le contexte de l'assurance autonomie prévue en avril 2014, la mise en place des composantes du RSIPA est nécessaire, particulièrement celles touchant l'évaluation des besoins des personnes âgées recevant des services au-delà de trois mois et la nomination de gestionnaires de cas pour coordonner les services avec les partenaires impliqués dans l'offre de service. À cet effet, la cible fixée aux établissements en 2013-2014 est de 65 %.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées
Indicateur	**Réalisé (nombre d'établissements)**
Dépôt du programme de marche	3 établissements sur 6
Mise en application du programme de marche à l'urgence et dans les unités de soins	1 établissement sur 6
Dépôt du plan d'action et de communication	3 établissements sur 6
Rencontre de sensibilisation à l'approche adaptée	4 établissements sur 6
Commentaires	
Il est à noter que le CSSS de l'Hématite est exclu de cette reddition de comptes considérant le faible nombre de personnes âgées dans ce réseau local. Les six composantes de l'approche adaptée à implanter sont : un soutien à l'implantation, une gouvernance clinique, la formation et les activités de « coaching », l'algorithme de soins cliniques, les interventions cliniques et l'évaluation de la qualité. Chacune de ces composantes regroupe plusieurs activités. Les urgences et les unités de soins sont les milieux retenus pour le déploiement, ce qui totalise sept urgences et sept unités de soins. Nous constatons qu'un établissement de la région est plus avancé dans la mise en place de l'approche adaptée, et que deux autres CSSS ont entrepris peu de démarches expliquant ce résultat par le roulement du personnel responsable du dossier. Précisons qu'à l'exception d'un seul établissement, les activités ont toutes été planifiées pour chacune des composantes.	

Dans le but d'accompagner les établissements dans cette démarche d'implantation et de favoriser les échanges interétablissements, une table régionale des répondants locaux se réunit régulièrement.

Faits saillants

PLAN D'ACTION POUR LES TROUBLES COGNITIFS LIÉS AU VIEILLISSEMENT

Le Québec, dont la population vieillit rapidement, sera touché de façon toute particulière par l'augmentation du nombre de personnes âgées qui seront atteintes de troubles cognitifs liés au vieillissement, dont la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées. Selon les données de la population sur la Côte-Nord en 2011, le nombre de personnes atteintes de démence serait de 1 054 personnes, soit un taux de prévalence estimé à 7,69 %.

Le Conseil du trésor a dégagé un budget annualisé de cinq millions de dollars afin de permettre la réalisation de projets dont l'objectif consiste à améliorer l'offre de service destinée aux personnes atteintes de telles maladies et à leurs proches. Un montant annuel de 250 000 $, pour une durée de deux ans, sera investi dans la région. Une partie de cet investissement permettra au GMF de la Polyclinique Boréale à Baie-Comeau de rehausser l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes ayant des déficits cognitifs. Le solde sera utilisé pour développer une clinique de la mémoire et pour créer une équipe affectée à la gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Ce montant pourrait devenir récurrent si les résultats obtenus au cours de ces deux années s'avèrent probants, notamment en termes d'amélioration de l'accessibilité, de continuité des services et d'une augmentation significative de la clientèle desservie.

AMÉLIORATION DE L'ALIMENTATION EN CHSLD

Pour une troisième année, le MSSS a accordé à la région des crédits de développement annuel de 54 788 $, afin que les établissements nord-côtiers présentent des projets pour améliorer l'alimentation en CHSLD. En 2012-2013, les établissements et l'Agence ont convenu de démarrer un projet régional afin d'élaborer et de mettre en place des procédures dans chaque établissement pour prévenir la dénutrition et favoriser l'hydratation des résidents, augmenter le niveau de connaissances sur ces problématiques, adapter la politique alimentaire en milieu de vie et voir à son application. Les résultats de cette dernière phase seront connus en juin 2013.

MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS

Le Plan d'action régional en matière de maltraitance envers les aînés 2012-2015 a été lancé en juin 2012 soulignant du même coup la Journée internationale pour contrer la maltraitance envers les aînés qui se tient le 15 juin. Ce plan regroupe douze actions qui interpellent autant les établissements du réseau que les organismes du milieu. En 2012-2013, l'Agence a réalisé plusieurs de ces actions, dont :

- La mise en ligne sur le site Internet de l'Agence des ressources sur la maltraitance;
- La formation des intervenants en CSSS et des bénévoles des organismes communautaires œuvrant auprès des aînés pour le repérage et l'intervention dans les situations de maltraitance;
- La formation d'étudiants à Baie-Comeau et à Sept-Îles sur le repérage et l'intervention en maltraitance;
- La distribution de dépliants de la ligne Aide Abus Aînés;
- L'animation et la coordination d'un comité en maltraitance regroupant des partenaires du réseau et de la communauté visant à développer un continuum de services;
- Plusieurs rencontres auprès de différents partenaires et auprès du public en général pour informer sur la problématique de la maltraitance envers les aînés;

- La réalisation d'une première campagne pour souligner la Journée internationale pour contrer la maltraitance envers les aînés, et ce, en partenariat avec la Table régionale de concertation des aînés ainsi que les tables locales de concertation des aînés. Environ 600 rubans mauves ont été distribués aux aînés dans la région de la Côte-Nord.

SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION

Les établissements assument la gestion des mécanismes d'accès aux services d'hébergement et l'Agence assure la coordination et les demandes de transferts interrégionaux.

Tableau 14 - Admissions en hébergement de longue durée

2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
138	151	172	172	133

Tableau 15 - Personnes hébergées au 31 mars 2013

Type de ressources	2009	2010	2011	2012	2013
CHSLD	386	387	392	406	405
Ressource intermédiaire	88	106	111	136	122
Résidence d'accueil	74	69	77	75	78
Formule novatrice d'hébergement	9	9	4	6	6
TOTAL	557	571	584	623	611

Tableau 16 - Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2013

Type de ressources	2009	2010	2011	2012	2013
CHSLD	42	33	37	44	46
Ressource intermédiaire	20	28	31	33	32
Résidence d'accueil	15	16	18	12	10
TOTAL	77	77	86	89	88

Tableau 17 - Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2013

2009	2010	2011	2012	2013
27	36	31	25	23

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : • Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgent : 3 jours • Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevé : 30 jours en CSSS et 90 jours en centre de réadaptation (CR) • Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modéré : 1 an

Indicateur	Résultat 2011-2012	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	76,5 %	90 %	97,3 %
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	89 %	90 %	89,6 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	93,9 %	90 %	92,1 %

Commentaires

L'Agence constate une amélioration, cette année, de la situation globale quant au respect des délais pour les clientèles toutes déficiences-tous âges-toutes priorités en CSSS, CRDP et CRDI. Les normes d'accès sont presque atteintes pour toutes les nouvelles demandes avec un niveau de priorité urgent, élevé et modéré, et ce, pour un premier service.

Un suivi périodique a été fait par l'Agence auprès des établissements pour s'assurer de la validité des données nécessaires au suivi des demandes de services traitées, selon les délais définis dans le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Des ajustements ont été apportés au Ministère dans le cadre du processus de suivi des ententes de gestion apportant un écart favorable quant au respect du délai par les CSSS pour des demandes avec un statut de priorité élevé et modéré en déficience physique. Les écarts s'expliquent par des erreurs de saisie lors du processus d'accueil, évaluation et orientation (AEO) : date d'inscription de la demande, deuxième service, pas le bon profil d'intervention. Les mesures de contrôle de la conformité des données et de la compréhension du processus d'AEO se poursuivront auprès des CSSS en 2013-2014.

Par ailleurs, on note qu'en centre de réadaptation, les normes d'accès sont respectées pour l'ensemble des nouvelles demandes, toutes priorités et toutes déficiences à 91,4 %, et ce, pour un premier service.

Objectifs de résultats	PS 3.1.1 Produire un bilan annuel identifiant l'état d'avancement du plan triennal d'amélioration de l'accès et de la continuité aux services pour les personnes ayant une déficience physique, intellectuelle et un TED	
Indicateur	**Réalisé**	**Non réalisé**
Bilan PRAAC 2012-2013 et planification 2013-2015	2013-05-08	
Commentaires		
Tous les CSSS, de même que le CPRCN, ont déposé à l'Agence un plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité (PLAAC) 2012-2013, ainsi qu'une planification 2013-2015. Quant au plan régional, il a fait l'objet d'une consultation auprès des gestionnaires d'accès des établissements et sera déposé au Ministère le 1er juin 2013.		

L'Agence a déposé au MSSS le bilan des actions réalisées dans le suivi de l'implantation du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) au 31 mars 2013, ainsi que la planification des résultats visés de 2013 à 2015.

L'appréciation globale du bilan 2012-2013 permet de constater une constante progression de l'implantation des normes d'accès et de continuité pour l'ensemble des établissements, notamment les CSSS.

Les efforts des établissements nord-côtiers se poursuivront afin de traduire, à l'échelle locale, les objectifs du plan d'action régional 2013-2014 du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Ce dernier prévoit notamment des travaux qui permettront, à terme, la conclusion d'ententes régionales et locales sur les trajectoires de services en déficiences du langage et en troubles envahissants du développement (TED).

Services spécifiques

En 2012-2013, 693 usagers présentant une déficience physique ont reçu des services de soutien des CSSS de la région totalisant 13 689 interventions au 31 mars 2013, ce qui correspond à 103 % de l'engagement établi avec le MSSS en 2010.

En déficience intellectuelle et en TED, 361 usagers se sont partagés 4 710 interventions au 31 mars 2013, ce qui correspond à 153 % de l'engagement établi avec le MSSS en 2010.

Services spécialisés

En 2012-2013, 404 usagers présentant une déficience intellectuelle ou un TED ont reçu des services d'adaptation et de réadaptation avec une intensité de services de 72,69 heures de prestation de services (HPS) en moyenne par usager. Il est à noter que l'indice d'intensité est presque le double en TED comparativement à la déficience intellectuelle, soit respectivement 105,25 HPS et 58,89 HPS.

En déficience physique, 987 usagers ont été desservis et ont reçu en moyenne 33,63 HPS au 31 mars 2013.

Budget récurrent réservé pour les besoins des clientèles en déficience physique, déficience intellectuelle et TED

L'Agence a reçu un financement supplémentaire récurrent de 141 605 $, en deux enveloppes réparties entre les missions respectives des établissements (CSSS et CPRCN) et des organismes communautaires.

L'utilisation de cette enveloppe régionale a permis d'améliorer la réponse aux besoins des personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un TED, qui se traduit en termes de répit, de soutien psychosocial, de places d'hébergement et de services spécialisés.

LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

Élaboration d'un plan d'action et amorce du chantier jeunes en difficulté

De concert avec les établissements, l'Agence a mis sur pied, en 2012, un vaste chantier pour s'attaquer aux problématiques affectant les jeunes dans la région.

En septembre 2012, à la suite de l'analyse des services pour le programme jeunes en difficulté et en respect des orientations stratégiques du MSSS et des investissements consentis, les établissements ont convenu d'agir en amont de la deuxième ligne. Des services d'intervention en situation de crise familiale et des services d'intervention en négligence seront donc déployés en vue de permettre une diminution de la pression sur les services en protection de la jeunesse.

Les établissements ont donc participé et adopté un manuel d'organisation de projet (MOP) dans lequel on propose de revoir l'organisation des services de première ligne en fonction de la réalité nord-côtière. Il a donc été convenu qu'une équipe de coordination régionale soit constituée pour la crise familiale et qu'une coordination par pôle pour le programme d'intervention en négligence soit instaurée.

Faits saillants

LISTE D'ATTENTE EN PROTECTION DE LA JEUNESSE

Pour l'année 2012-2013, l'Agence a reçu un montant non récurrent de 200 000 $ afin de réaliser des actions visant à diminuer la liste d'attente à l'étape de l'évaluation/orientation en protection de la jeunesse. Ce montant a été utilisé pour réaliser un projet régional, inclus dans le MOP, visant la création de deux postes de vérification complémentaire en protection de la jeunesse et le déploiement d'une formation sur la crise familiale à l'intention des intervenants des CSSS en famille-enfance-jeunesse (FEJ) et ceux du CPRCN. Celle-ci est prévue au printemps et à l'automne 2013.

TRAVAILLEURS DE RUE

Pour l'année 2012-2013, l'Agence a terminé l'intégration des travailleurs de rue au PSOC.

FORMATION

En ce qui concerne l'organisation de la formation à déployer dans la région, l'Agence a proposé aux établissements un calendrier de planification de formations intégrant différents programmes-services pour l'année 2012-2013 (jeunes en difficulté, santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle et TED, dépendances et périnatalité).

Durant cette période, une vingtaine d'intervenants psychosociaux ont reçu la formation incontournable CHARLIE-1, tel qu'il est prescrit dans les orientations ministérielles. Ces orientations visent également le personnel d'encadrement; c'est donc une vingtaine de cadres intermédiaires qui ont pu recevoir la formation « Programme d'encadrement clinique - volet 2 » (PEC-2).

Enfin, le CSSS de Manicouagan ainsi que le CSSS de Sept-Îles ont reçu la formation obligatoire en intervention professionnelle en adoption internationale afin de répondre aux normes de qualité prévues dans l'offre de service.

LES DÉPENDANCES

Services de première ligne

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	18	Augmentation du nombre d'usagers	23

Commentaires

Indicateur 1.07.05

Pour l'année 2012-2013, nous constatons une légère augmentation des résultats. L'Agence amorcera des travaux régionaux au regard de l'offre de service en dépendance avec des représentants des différents établissements du réseau nord-côtier.

Services spécialisés

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisés dans un délai de quinze jours ouvrables ou moins		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de quinze jours ouvrables ou moins	77,9 %	78,9 %	71,5 %

Commentaires

Indicateur 1.07.04

Pour l'année 2012-2013, nous constatons un léger écart entre le résultat et la cible. L'Agence amorcera des travaux régionaux au regard de l'offre de service en dépendance avec des représentants des différents établissements du réseau nord-côtier.

LA SANTÉ MENTALE

Services de première ligne

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)	864	1 250	880

Commentaires

Indicateur 1.08.09

La région Côte-Nord conclut l'exercice financier 2012-2013 avec un résultat de 880 usagers ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS. La cible prévue de 1 250 usagers n'est donc pas atteinte. On peut d'ailleurs constater que les résultats régionaux obtenus à cet indicateur sont en baisse depuis deux ans, soit à partir de l'année 2011-2012. Des changements survenus dans la méthode de calcul de cet indicateur ont eu un impact sur la mesure des activités en santé mentale en CLSC. Une vérification est envisagée afin de bien cerner l'impact de cette modification sur les résultats et d'assurer une saisie adéquate des informations.

Par ailleurs, il semble que la pénurie actuelle de main-d'œuvre, dans plusieurs champs d'activités professionnelles (soins infirmiers, psychologie, travail social, etc.), compromet l'atteinte des objectifs.

Services d'intégration dans la communauté

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	69	130	75

Commentaires

Indicateur 1.08.05

En ce qui concerne le SIV dans la communauté, la cible n'est pas atteinte pour quatre établissements sur les cinq qui dispensent ce type de service. Une problématique liée à la stabilité de la main-d'œuvre est présente dans ces équipes. Le recours à l'expertise du Centre national d'excellence en santé mentale sera demandé afin d'offrir du soutien aux établissements dans leur offre de service en SIV, en tenant compte des particularités régionales et des meilleures pratiques cliniques en ce domaine.

Les difficultés rencontrées régionalement dans l'atteinte des cibles fixées par le MSSS renforcent la pertinence de revoir l'organisation des services pour les clientèles jeune et adulte afin de se conformer aux objectifs ministériels du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 et du Plan stratégique 2010-2015.

Faits saillants

L'année 2012 a été marquée par le dépôt de deux rapports d'envergure portant sur les services de santé mentale offerts au Québec. La Direction de la santé mentale du MSSS a tout d'abord publié un rapport d'évaluation portant sur l'état d'implantation des différentes mesures du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - « La force des liens » depuis sa mise en place en 2005. Il y a eu ensuite le quatrième rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux du Commissaire à la santé et au bien-être, portant sur les services de santé mentale dispensés au Québec. Les deux rapports font état d'une amélioration significative des services offerts en santé mentale au Québec depuis l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, mais démontrent aussi que son déploiement demeure inachevé à bien des égards, à savoir l'implantation inachevée des équipes de santé mentale de première ligne, le manque de continuité dans les services, l'accès inéquitable à des services, etc.

C'est dans ce contexte que le MSSS a identifié des mesures d'optimisation au programme-services de santé mentale en proposant aux agences du Québec de produire un plan d'affaires dont le dépôt aura lieu en mars 2014. L'Agence, en collaboration avec les établissements de son territoire, entreprendra des travaux régionaux en cours d'année 2013-2014 afin de travailler à la réalisation des étapes du plan d'affaires, notamment à la planification stratégique, et également revoir l'organisation des services de santé mentale, afin de se conformer aux objectifs ministériels pour ce programme-services.

PRÉVENTION DU SUICIDE

Un des objectifs du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 était d'assurer l'identification, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des personnes à potentiel suicidaire élevé.

Depuis plusieurs années, l'Agence est préoccupée par la problématique du suicide qui demeure très présente sur l'ensemble du territoire. Dans la région, l'expertise en prévention du suicide appartient au Centre de prévention du suicide (CPS) Côte-Nord.

En 2001, le CPS Côte-Nord a été mandaté par l'Agence pour implanter un réseau de sentinelles en prévention du suicide sur l'ensemble de la Côte-Nord, et ce, dans différents milieux (travail, loisirs, sports, jeunesse, etc.). En 2012-2013, 9 formations de sentinelles ont été organisées, rejoignant un total de 139 personnes en provenance de 5 milieux de vie différents. Le CPS Côte-Nord assure le suivi auprès de ces sentinelles. Ce service est disponible 24 heures par jour, 7 jours par semaine, à l'aide d'une ligne d'intervention téléphonique.

Par ailleurs, le CPS Côte-Nord poursuit l'implantation, dans la région, de la nouvelle formation provinciale accompagnant le Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide. En 2012-2013, le CPS Côte-Nord a offert la formation accréditée à près de 196 intervenants en provenance de CSSS, du CPRCN et de partenaires locaux. Le processus d'implantation a pris fin le 30 avril 2013. La dispensation de la formation se poursuivra sur une base ponctuelle, à la demande et en fonction des besoins des établissements et des partenaires du milieu.

Enfin, deux comités locaux en prévention du suicide ont vu le jour en 2012 pour les RLS des CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles. Ces comités ont pour but d'améliorer les pratiques en prévention du suicide et de créer des liens étroits de collaboration entre et avec les partenaires de leur RLS.

Programme national de santé publique

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)			
	1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : • Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) • Habitudes de vie et maladies chroniques • Chutes chez les personnes âgées • Suicide			
Indicateur		**Résultat 2010-2011***	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.01.20	Pourcentage des activités du PNSP implantées	69 %	80 %	79 %
1.01.21	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	8 %	70 %	58 %

Commentaires

Les récentes données de l'INSPQ témoignent d'une amélioration au regard de l'implantation des activités du PNSP, de même que des PCP ayant fait l'objet d'activités de soutien. Pour l'année 2012-2013, deux activités structurantes ont été réalisées :

- Révision du plan d'action régional en prévention-promotion.
- Présentations et discussions aux tables cliniques de l'est et de l'ouest au regard du soutien à l'implantation des six PCP priorisées : aide à la cessation tabagique, promotion de la saine alimentation, promotion de l'activité physique, prévention des chutes, aide au regard de la consommation d'alcool et prévention des ITSS.

* La périodicité de cet indicateur est bisannuelle.

Prévention et promotion de la santé

En 2012-2013, le Service de prévention et promotion de la santé a poursuivi ses travaux, en collaboration avec ses partenaires, afin de consolider et actualiser l'offre de service concertée en matière de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids.

SAINES HABITUDES DE VIE (0-5-30)

Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie (TIR-SHV)

En 2012-2013, la TIR-SHV a relancé ses activités. Les partenaires se sont d'abord mobilisés autour du déploiement de sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie, un projet issu du Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie.

Des travaux sont également en cours afin d'élaborer un plan d'action régional pour de saines habitudes de vie chez la population nord-côtière. Ce plan prévoit également offrir un soutien aux communautés locales dans leurs rôles à ce niveau.

Sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie

Un projet provincial de déploiement de sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie est en cours dans la région depuis octobre 2012. Pour ce faire, une formatrice régionale a été embauchée. Celle-ci reçoit le soutien des partenaires de la TIR-SHV dans la planification et l'actualisation du déploiement.

Au 31 mars 2013, 11 sessions ont été offertes sur tout le territoire, pour un total de 133 personnes rencontrées. Ces sessions ont rejoint des professionnels provenant de divers secteurs, dont la santé, la petite enfance, le scolaire, le municipal et le communautaire.

Tabagisme (0)

Prévention

Dans le but d'encourager l'acquisition de saines habitudes de vie et la prévention du tabagisme, le financement accordé aux projets « La gang allumée » a permis de réaliser des activités de prévention du tabagisme auprès des jeunes.

Quatre projets ont fait l'objet d'une subvention pour un montant total de 2 080 $. Ces projets ont rejoint quelque 1 480 jeunes et 172 adultes.

Tableau 18 - Projets financés - « La gang allumée »

Territoire de CSSS	Projet	Milieu	Subvention 2012-2013 ($)
Manicouagan	Cartes allumées	École secondaire Serge-Bouchard	600
	Chansons enfumées	Polyvalente des Baies	600
	Des capsules qui ne partent pas en fumée	Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	500
Minganie	Ensemble, nous réussirons	Maison des jeunes L'Entre-Deux-Tournants	380
TOTAL			2 080

Services de cessation tabagique

- Le défi « J'arrête, j'y gagne! » a permis de rejoindre 337 fumeurs, qui ont décidé de relever le défi de ne pas fumer pendant 6 semaines, soit du 1er mars au 11 avril 2013.
- En octobre 2012, dix infirmières, une kinésiologue et une inhalothérapeute ont bénéficié d'une formation d'une journée sur l'intervention intensive en cessation tabagique et l'ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN).

Alimentation (5)

Défi Santé 5/30 Équilibre

Cette année, 2 146 Nord-Côtiers, comparativement à 1 929 l'an passé, se sont inscrits à ce défi visant l'adoption de saines habitudes de vie. De plus, sept municipalités se sont lancées dans l'aventure en devenant « Municipalités Défi Santé ».

Rallye sur la Côte

Cette année, la quatrième édition du *Rallye sur la Côte* s'est déroulée à différents moments de l'année. Cette activité vise l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et de la pratique d'activités physiques. En mars 2013, 23 milieux de travail, dont 3 en milieu autochtone, ont participé, pour un total de 1 519 personnes.

Défis « Moi, j'croque » et « Pelure de banane »

Poursuite du déploiement des défis « Moi, j'croque » et « Pelure de banane », en partenariat avec le Réseau du sport étudiant du Québec, région Côte-Nord (RSEQ). Par ces défis, les élèves et membres du personnel des écoles sont invités à consommer un minimum de cinq portions de fruits et légumes chaque jour. Quarante et une écoles ont participé au défi « Moi, j'croque » et six au défi « Pelure de banane ».

Alimentation des enfants d'âge préscolaire

Signature d'une entente de partenariat avec l'organisme ÉquiLibre pour le projet « Créer un environnement familial favorable au développement de comportements sains à l'égard du poids et de l'alimentation chez les enfants d'âge préscolaire en surpoids ou à risque de surpoids ». L'expérimentation aura lieu en 2013-2014 dans un CSSS de la région.

Politique et sécurité alimentaire

- Tous les CSSS de la région et le CPRCN ont adopté une politique alimentaire.
- Dans le but de soutenir et de favoriser les actions visant le développement de la sécurité alimentaire, qui s'inscrivent dans les stratégies de développement social et de développement des communautés, quatorze projets ont été appuyés financièrement dans le cadre du Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire, pour un budget global de 72 788 $.

Tableau 19 - Projets financés - Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire

Territoire de CSSS	Projet	Promoteur	Subvention 2012-2013 ($)
Haute-Côte-Nord	Nourris ton cerveau!	Centre d'action bénévole Le Nordest	8 220
	Ateliers de cuisine et de nutrition	La popote roulante Les délices maisons	1 000
Manicouagan	Famille mieux nourrie, famille épanouie!	Carrefour familial de Chute-aux-Outardes	17 000
	Ateliers de cuisine	Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	1 000
	L'héritage culinaire	Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau	1 200
Port-Cartier	Qu'est-ce qu'on mange?	Maison de la famille de Port-Cartier	10 000
Sept-Îles	Sept-Îles en forme - Volet adulte	L'Envol - Maison de la famille	12 502
	J'ai faim 6	Chantier Jeunesse Loisir	8 000
Minganie	Projet alimentaire : deux volets	La Maison du Tonnerre	4 100
	Mon jardin adapté	L'Espoir de Shelna	2 000
Basse-Côte-Nord	Intergenerational Gardering	Club des Citoyens Seniors de Chevery	1 900
	Study of meals on wheels program St-Augustin	50+ Club of St-Augustin	2 527
	Seniors preparing and sharing a nutritious meal together	Local Table for Seniors of the Lower North Shore	1 573
	Projet de permaculture en Basse-Côte-Nord	Permanord	1 766
TOTAL			72 788

Étude sur le panier à provisions nutritif

Une étude concernant le coût du panier à provisions nutritif (PPN) a démontré des écarts importants en ce qui a trait à l'accès équitable dans la région. Ces résultats permettront d'orienter les actions. Déjà, des présentations ont été animées dans différents comités, plus spécifiquement au plan des mobilisations du Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale (PARSIS) et d'élus municipaux. À ce jour, la majorité des mobilisations locales du PARSIS a inscrit la sécurité alimentaire dans son plan d'action et une MRC a adopté une résolution pour que cette dernière fasse une demande à la Régie des marchés agricoles et alimentaires du Québec à l'effet d'obtenir un prix maximal pour le lait sur son territoire. Les présentations se poursuivent.

Activité physique (Kino-Québec) (30)

Plaisirs d'hiver

Une dizaine de municipalités ont répondu à l'appel en proposant de nombreuses activités dans le cadre de « Plaisirs d'hiver ». L'édition 2013 a encore une fois impliqué le milieu scolaire avec 25 écoles de la Côte-Nord qui ont mis en action plusieurs centaines de jeunes lors des cours d'éducation physique ou de journées spéciales, et ce, entre janvier et mars.

Concours « École active »

Lors de l'édition 2013, douze écoles ont présenté un projet touchant les saines habitudes de vie, dont cinq ont reçu un financement pour le réaliser. Ces projets devaient favoriser la pratique de l'activité physique par l'aménagement de la cour d'école, l'achat de matériel à caractère sportif ou encore promouvoir une saine alimentation.

Défi Basket

L'édition 2012 du Défi Basket, une initiative régionale, a impliqué plus d'un millier de jeunes, de la maternelle au cinquième secondaire, dans 51 écoles de la Côte-Nord. Cette activité se déroulant en mai, dans le cadre du Mois de l'éducation physique et du sport étudiant (MÉPSÉ), a permis d'offrir une bourse de 500 $ parmi toutes les écoles inscrites.

Ma cour : Un monde de plaisir

Une formation concernant l'aménagement, l'organisation et l'animation de la cour d'école a été offerte à une quinzaine d'intervenants du réseau scolaire de la Côte-Nord. Diverses stratégies sont présentées pour la mise en place de la mesure afin de maximiser l'engagement moteur des jeunes, en respectant la réalité et les besoins de l'école. Notons la participation, encore cette année, de la formatrice provinciale, madame Carole Carufel.

Journée nationale du sport et de l'activité physique (JNSAP)

Cette journée thématique encourage la pratique de l'activité physique chez la population. Au printemps 2012, Kino-Québec et le regroupement Aliment'Action, de la MRC Manicouagan, ont proposé une foule d'activités familiales lors d'une journée thématique. Plus de 400 personnes se sont réunies pour s'activer en famille.

PÉRINATALITÉ

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Indicateur	Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	50,9 %	80 %	66 %

Commentaires

Organisation	Résultat P-13 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat P-13 2012-2013
CSSS de la Haute-Côte-Nord	0 %	80 %	20 %
CSSS de Manicouagan	64,9 %	80 %	61,3 %
CSSS de Port-Cartier	166,7 %	80 %	100 %
CSSS de Sept-Îles	83,3 %	80 %	95 %
CSSS de la Minganie	0 %	80 %	50 %
CSSS de la Basse-Côte-Nord	0 %	80 %	14,3 %
CSSS de l'Hématite	0 %	80 %	12,5 %

Même si une amélioration est notée entre les résultats du présent exercice financier et du précédent, on soupçonne un problème technique avec la grille de saisie des données. L'Agence verra à soutenir les CSSS afin de faire les corrections requises pour le prochain exercice, ce qui pourrait avoir comme effet d'améliorer les résultats.

Par ailleurs, selon le MSSS, le dénominateur développé sur la base de projection des naissances s'avère non pertinent pour plusieurs régions du Québec. En effet, les projections sont, dans certains cas, en deçà de la réalité et font en sorte que les proportions de la clientèle rejointe dépassent 100 %. Ces résultats sont donc difficilement utilisables dans le contexte d'une reddition de comptes.

Faits saillants

En mars 2013, les CSSS de Manicouagan, de la Haute-Côte-Nord ainsi que le CPRCN (Centre jeunesse) recevaient la formation sur la prévention du syndrome du bébé secoué et de la maltraitance infantile, qui comporte trois phases. Les phases 1 et 2 ont permis de former 30 infirmières ainsi que 35 intervenants du CPRCN. Cette formation sera également offerte dans le secteur est dès l'automne 2013.

Dans la perspective d'augmenter le taux et la durée de l'allaitement maternel ainsi que l'allaitement maternel exclusif, il est important de compter sur des professionnels formés en la matière. L'Agence a organisé le cours de consultante en lactation dans la région, à raison de trois fins de semaine, et huit participantes y ont pris part.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

Approche « École en santé »

Au 31 mars 2013, 83,8 % des écoles nord-côtières avaient implanté l'approche « École en santé » à différents plans, comparativement à 48,7 % pour l'ensemble du Québec.

Deux répondantes régionales assurent un soutien personnalisé dans les démarches de déploiement de l'approche. Elles offrent, au besoin, de la formation aux accompagnateurs, aux gestionnaires et intervenants des réseaux de l'éducation et de la santé, et ses partenaires, sur l'actualisation des meilleures pratiques en prévention et promotion à l'école.

Éducation à la sexualité chez les jeunes

À l'automne 2012, une tournée du Théâtre Parminou a permis de présenter gratuitement la pièce « Pas de bébé, pas de bébittes », qui a pour but de prévenir les infections transmissibles sexuellement et les grossesses à l'adolescence, dans plusieurs écoles secondaires de la Côte-Nord. La pièce, financée par le MSSS, a été jouée en anglais à certains endroits.

Programme « Vers le pacifique » et « Différents, mais pas indifférents »

Les répondantes régionales de l'approche « École en santé » ont bénéficié de la formation de l'Institut Pacifique pour les programmes « Vers le Pacifique » (préscolaire-primaire) et « Différents, mais pas indifférents » (secondaire). Cela leur permet d'agir à titre de représentantes, formatrices et consultantes pour ces programmes sur la Côte-Nord. Un total de 105 intervenants a été rejoint cette année. Au total, 20 écoles utilisent ces approches de résolutions de conflits. Trois nouvelles écoles déploient les programmes et trois autres ont bénéficié de services de consultation. Également, un CSSS et des organismes communautaires ont reçu des services en lien avec ces programmes.

SANTÉ DENTAIRE

Accessibilité des services

L'un des objectifs du service de santé dentaire préventif, dans les CSSS de la région, est d'assurer l'accessibilité aux services dans chacune des MRC.

Deux principaux volets

Services de base

Les services de base consistent, dans un premier temps, au dépistage des enfants à risque et, dans un deuxième temps, au suivi préventif individualisé en deux rencontres. Ainsi, de 850 à 900 enfants de la maternelle ont été dépistés et environ 200 de ces enfants ont été considérés à risque et ont reçu un suivi individualisé. Ces 200 enfants représentent un pourcentage d'environ 22 %, soit approximativement la moyenne provinciale.

Programme « Scellants »

Les enfants de deuxième année, de secteurs ciblés, ont reçu des scellants sur leurs premières molaires permanentes. Ces enfants ont été sélectionnés, lors d'un dépistage exécuté par le dentiste-conseil, selon l'histoire antérieure de la carie de chacun d'eux.

Les enfants des secteurs suivants ont reçu des scellants :

- Manicouagan;
- Haute-Côte-Nord;
- Minganie;
- Fermont;
- Basse-Côte-Nord.

Dans la MRC de Sept-Rivières, le service sera offert en 2013. Le poste a été comblé en vue des prochaines années. Toutefois, une entente de service entre le CSSS de la Minganie et le CSSS de la Basse-Côte-Nord a permis d'offrir le service d'une hygiéniste dentaire, provenant de la Minganie, dans le secteur de la Basse-Côte-Nord.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Traumatismes liés à l'usage du réseau routier

Véhicules lourds et sécurité routière

En 2012-2013, les principales actions de prévention, réalisées en collaboration avec les membres de la Table de concertation en sécurité routière, ont consisté à faire de la sensibilisation aux automobilistes lors des « Journées nord-côtières de la sécurité routière », sous le thème de la fatigue au volant. Divers partenaires régionaux ont participé à des barrages routiers, à plusieurs endroits de la région, afin de sensibiliser les usagers à cette problématique. Pour sa part, le comité de sécurité de la route 389 poursuit ses travaux de prévention et promotion. Une mise à jour des outils de communication et l'ajout de membres au sein du groupe de partenaires sont les principaux faits saillants de l'année.

Traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

Cinq CSSS emploient des professionnels de la santé (kinésiologues, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique) habilités à animer le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED).

L'an dernier, une centaine d'aînés de la région ont suivi ce programme, qui leur permet de se familiariser avec diverses techniques afin de se protéger des situations à risque.

Par ailleurs, un projet pilote au CSSS de Sept-Îles pour l'adaptation et la simplification du *Tai Ji*, en lien avec la prévention des chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans, a permis la réalisation d'un outil pédagogique audiovisuel, accompagné d'un guide.

Traumatismes liés aux blessures à domicile chez les enfants

L'Agence poursuit son partenariat avec le CPRCN afin de réaliser un projet de prévention des traumatismes domiciliaires non intentionnels chez les enfants, basé sur la distribution d'une trousse contenant des dispositifs de sécurité (détecteurs de fumée, cache-prises de courant, tapis de bain, etc.).

Développement social et développement des communautés

Le réseau de la santé publique s'associe à la Conférence régionale des élus pour soutenir le déploiement du Plan d'action régional pour la solidarité et l'inclusion sociale (PARSIS). De plus, l'Agence demeure impliquée dans des tables de concertation avec le milieu scolaire, le ministère des Transports et le ministère de la Sécurité civile ainsi qu'avec les organismes communautaires.

Santé environnementale

La Direction de santé publique assure une réponse en santé environnementale et agit dans ce domaine d'activité en se référant aux différents éléments du milieu environnemental susceptibles de porter atteinte à la santé. On y traite, entre autres, de la qualité de l'eau potable, de la pollution de l'air intérieur et extérieur, de la contamination des sols, de même que du maintien sécuritaire de milieux habités.

La prévention des risques est également abordée lors des avis que la Direction de santé publique est invitée à transmettre dans le cadre de l'évaluation des impacts environnementaux et sur la santé publique de différents projets et règlements soumis à l'étude, tout en ayant comme toile de fond des écosystèmes sains pour la population.

Voici les faits saillants de l'année 2012-2013 :

- Assurer une réponse dans 20 dossiers sur le plan de la qualité de l'air intérieur (moisissures, radon, émanations) directement auprès de citoyens et d'organismes locaux (office municipal d'habitation, municipalités, CSSS) ou régionaux (commissions scolaires).
- Assurer une réponse pour les contaminations environnementales hors du commun telles que la problématique d'eau potable dans le parc Murray à Pointe-Lebel (maisons mobiles).
- Participer et collaborer à des comités régionaux et nationaux, afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiers, notamment l'érosion des berges, l'eau potable, la qualité de l'air intérieur et extérieur, les changements climatiques, les risques industriels majeurs, les cyanobactéries, l'uranium et le radon.
- Analyser d'un point de vue de santé publique la recevabilité d'une étude d'impact environnemental et l'acceptabilité d'un projet, tout en assurant le suivi (correspondance, addenda, suivi environnemental, etc.).
- Maintenir la surveillance des réseaux d'eau potable de la Côte-Nord en collaboration avec le MDDEFP (avis de non-conformité, demande de correction, mise aux normes de réseaux d'eau potable, avis de santé publique pour des problématiques particulières).
- Surveiller les 26 réseaux d'alimentation en eau potable ayant eu des dépassements de normes sur la qualité physicochimique ou bactériologique et s'assurer que les nouveaux avis d'ébullition et de non-consommation (69 incluant les avis préventifs) soient communiqués à la population et à Info-Santé.
- Maintenir la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale et assurer 31 enquêtes épidémiologiques lors de déclarations.
- Analyser les modifications de onze projets de règlement de MRC (Manicouagan, Haute-Côte-Nord, Sept-Rivières et Minganie).
- Accompagner les organismes de bassins versants dans leurs démarches associées à leur plan directeur de l'eau.
- Entretenir un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de la Côte-Nord pour des activités de promotion et de sensibilisation concernant divers dossiers (site Internet, campagne « Défi Climat », réduction de la dépendance au pétrole).
- Assurer la mise en place de campagnes d'information et de prévention (chaleur, monoxyde de carbone).
- Assurer l'implantation de diverses actions prévues dans le plan d'action associé à la politique environnementale de l'Agence.
- Participer aux travaux du réseau environnemental regroupant huit établissements du réseau de la santé, incluant l'Agence.
- Participer aux travaux du réseau provincial de développement durable du réseau de la santé, incluant la mise en place de la stratégie québécoise d'économie d'eau potable.

Santé au travail

Le mandat du Service de santé au travail consiste à offrir des activités de prévention, de protection et de promotion de la santé en réponse à des problèmes reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont planifiées dans un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), en collaboration avec les représentants de l'employeur et des travailleurs de l'entreprise. Au 31 décembre 2012, 321 entreprises des secteurs prioritaires bénéficient d'un PSSE sur une possibilité de 668 entreprises potentiellement à desservir[1].

Le plan d'organisation en santé au travail prévoit 29,4 intervenants dont 21,4 à l'équipe d'intervention, soit 6 techniciens en hygiène industrielle, 10 infirmières, 3 agentes administratives et 2,4 médecins.

Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année 2012 par les intervenants de l'équipe de santé au travail.

Tableau 20 - Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région

Activité	Nombre
Connaissance préalable de l'entreprise	8
Élaboration de programmes de santé	7
Mise à jour de programmes de santé	37
TOTAL	**52**
Intervention générale	56
Ergonomie	64
Gestion de la santé et sécurité au travail (GSST)	25
Surveillance environnementale	69
Surveillance médicale	28
Information	126
Premiers secours et premiers soins	73
TOTAL	**441**
GRAND TOTAL	**493***

* Ces activités ont été réalisées dans 202 entreprises différentes.

En plus de ces activités de base, les intervenants en santé au travail ont effectué en 2012 :

- 486 analyses de postes dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger »;
- Cinq enquêtes sur les MADO;
- Seize demandes de service provenant des employeurs ou des travailleurs dans la majorité des cas.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en charge leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre.

Le Service de santé au travail a publié, au cours de l'année, trois éditions du bulletin « Santé en têtes » à l'intention des milieux de travail de la région. Le tirage est de 620 exemplaires par édition.

Les intervenants de santé au travail ont bénéficié de 210 heures de formation au cours de l'année 2012.

---

1. Les ententes de gestion signées avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour l'année 2012 limitent les interventions du réseau de santé publique en santé au travail aux entreprises des secteurs d'activité identifiés par la CSST.

Maladies infectieuses

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET AUTRES SIGNALEMENTS

Au cours de l'année 2012, la Direction de santé publique de la Côte-Nord a enregistré, au fichier provincial, 413 MADO d'origine infectieuse, comparativement à 408 en 2011 (annexe C).

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

- Le nombre de cas de chlamydiose génitale a connu une diminution de 6,5 % par rapport à 2011. En effet, on note une diminution significative du nombre de cas déclarés dans les territoires des CSSS de Manicouagan et de Sept-Îles alors qu'une hausse est notée dans les autres territoires (sauf en Basse-Côte-Nord).
- Le nombre de cas d'infection gonococcique (un) et d'hépatite B (deux) est demeuré stable.
- Onze nouveaux cas d'hépatite C ont été déclarés en 2012, comparativement à neuf en 2011.

Maladies entériques

- Le nombre de cas de maladies entériques a augmenté de 34 % en 2012 et représente 17 % des MADO déclarées comparativement à 13 % en 2011. Les infections à *Campylobacter* et la giardiase ont été les plus fréquemment déclarées. Pour ces deux maladies, on note une hausse significative du nombre de cas comparativement à la dernière année.
- Deux cas isolés de shigellose dont l'acquisition a été reliée à des voyages (Maroc et République Dominicaine) ont été rapportés.
- Deux cas isolés de listériose ont été déclarés. Aucun décès n'a été rapporté.
- Deux situations de toxi-infection alimentaire ont été déclarées, impliquant entre cinq et 350 personnes. Des repas (restaurant et mariage) ont été soupçonnés dans les deux situations, mais aucune source n'a pu être confirmée.

Maladies évitables par la vaccination

- Infection invasive à *Haemophilus influenzae* (Hi) : Cinq cas ont été déclarés dont un enfant âgé de un an. Cependant, un seul sérotype b a été identifié chez un adulte. Rappelons que des interventions spécifiques de protection sont effectuées lorsque le type b est identifié et qu'un programme de vaccination contre cette infection est en vigueur chez les nourrissons depuis 1988.
- Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* : Sur les 18 cas enregistrés, 4 concernaient des enfants âgés de moins de 5 ans. Trois de ces enfants étaient adéquatement vaccinés (information non disponible pour un cas). Cependant, toutes les souches identifiées ne sont pas celles comprises dans le vaccin *Prevnar 13* administré aux nourrissons.
- Infection invasive à méningocoque : Un cas d'infection invasive à méningocoque (méningococcémie) de sérogroupe B a été déclaré. L'enquête réalisée a permis d'identifier un total de sept contacts étroits qui ont tous reçu un traitement préventif. Actuellement, il n'y a pas de vaccin disponible contre le sérogroupe B au Canada.
- Coqueluche : L'année 2012 a été marquée par une augmentation des cas de coqueluche au Québec alors que 1 384 cas ont été déclarés dans la province (taux d'incidence de 17,3/100 000 personnes-années). Cette augmentation a été notée également sur la Côte-Nord, qui a enregistré six cas (taux d'incidence à 6,4/100 000 p.a) alors qu'aucun cas n'avait été déclaré en 2011. La coqueluche est une maladie endémique dont l'activité cyclique revient à un intervalle de trois ou quatre ans. Depuis l'année 2000, trois vagues avec des pics d'intensité accrue se sont produites au Québec, soit en 2001, 2005 et 2009. Compte tenu de la variation cyclique de l'incidence de la maladie, il est difficile de prévoir l'évolution de la situation. (Source : Bulletin Flash Vigie, MSSS, vol. 7, no 7, septembre 2012)

Autres MADO et signalements

- Infection invasive à streptocoque du groupe A : Tout comme en 2011, six cas ont été déclarés en 2012 (dont deux graves).
- Tuberculose : Trois cas de tuberculose ont été déclarés dont une pulmonaire et deux non pulmonaires (ganglionnaire et ostéo-articulaire). La tuberculose pulmonaire étant contagieuse, des traitements préventifs à l'isoniazide (INH) ont été recommandés pour 24 des 55 contacts significatifs identifiés.
- Légionellose : Un cas de légionellose a été déclaré. Ce cas était relié à l'éclosion de légionellose survenue dans la région de la Capitale-Nationale à l'été 2012.
- Tularémie : Deux cas isolés, reliés à la manipulation de lièvres, ont été rapportés.

Éclosions

- Gastroentérite d'allure virale : Les CSSS ont rapporté dix éclosions de gastroentérite d'allure virale en 2012. Cinq éclosions ont sévi dans des unités de soins de courte durée, tandis que les cinq autres sont survenues dans des unités de soins de longue durée.
- Diarrhée associée au *Clostridium difficile* (DACD) : Une éclosion de DACD dans une unité de soins de courte durée a été signalée par un établissement de soins de la région. Au total, deux cas ont pu être reliés épidémiologiquement. Un resserrement des mesures d'hygiène, de salubrité et de prévention et contrôle des infections (PCI) a permis de contenir l'éclosion.
- Syndrome d'allure grippale (SAG) : Le réseau de la santé nord-côtier a rapporté un total de neuf éclosions, soit cinq en milieu de soins de longue durée, trois en courte durée et une dans une résidence pour personnes âgées. La présence de l'Influenza a été confirmée dans quatre éclosions (trois A et une B).
- *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline d'origine communautaire (SARM-C) : Le 1er octobre 2012, le directeur de santé publique, Dr Raynald Cloutier, lançait une enquête épidémiologique concernant un agrégat de cas d'infections de la peau et des tissus mous à SARM-C touchant certaines communautés autochtones de la région. L'enquête visait à décrire les populations touchées, documenter le spectre de ces infections et identifier les facteurs de risque d'acquisition du SARM-C. Pendant la période de collecte des données, qui s'est terminée le 31 mars 2013, 57 cas répondant à la définition établie ont été déclarés. L'analyse des données recueillies est en cours.

Morsures animales

En 2012, la Direction de santé publique a reçu 77 signalements de morsures ou autres expositions significatives à des animaux, comparativement à 42 en 2011. La majorité des signalements (92 %) concernait des animaux domestiques (chien, chat). Une chauve-souris, deux renards, deux rats et un ours noir ont été impliqués dans les autres événements. L'administration d'une immunisation préventive a été recommandée à 23 personnes exposées.

Éclosion de rage animale

Cinq cas de rage animale ont été répertoriés sur la Côte-Nord en 2012 (trois renards roux et deux chiens). Trois cas ont été confirmés par immunofluorescence, tandis que deux cas ont été considérés cliniquement rabiques par l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA). Le principal secteur touché était la MRC de Caniapiscau, située au nord de la région (quatre cas). Le dernier cas a été confirmé en août 2012 dans le territoire de la Minganie. Bien que préoccupante, cette situation n'est pas inhabituelle. En 1996, 17 cas de rage avaient été confirmés dans la région, touchant même certaines municipalités situées près du fleuve Saint-Laurent. Notons que la souche du virus de la rage qui circule dans la région est celle associée au renard.

VACCINATION

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Indicateur		Résultat 2011-2012	Cible 2012-2013	Résultat 2012-2013
1.1.14	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib* en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)	87,4 %	85 %	88,1 %
1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	77,1 %	85 %	79,3 %
1.1.16.1	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	77 %	85 %	79 %

Commentaires

La situation des retards dans la prise de rendez-vous prive les enfants d'une protection efficace à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Il est donc essentiel que le rendez-vous soit donné dans les deux semaines qui suivent l'âge prévu au calendrier vaccinal. Afin d'assurer la protection adéquate d'une population vulnérable, des indicateurs de gestion ont été développés et sont suivis depuis quelques années. Rappelons qu'il s'agit d'un résultat de performance de services rendus dans les délais prescrits dans le CSSS et non d'un résultat de couverture vaccinale. Ces deux mesures ne peuvent pas être comparées.

Analyse des résultats

En 2012-2013, au plan régional, seul le résultat concernant la vaccination prévue à l'âge de 2 mois (indicateur 1.1.14) atteint la cible. Les cibles ne sont pas atteintes dans le cas de la vaccination contre le méningocoque ni contre la rougeole, la rubéole et les oreillons prévue à l'âge de 12 mois.

Au plan local, cinq CSSS sur sept atteignent ou dépassent l'objectif de 85 % pour la vaccination DCaT-Polio-Hib et un seul d'entre eux concernant la vaccination contre le méningocoque et la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons. Les résultats pour les trois indicateurs varient entre 51,6 % et 95,9 %. Certains établissements justifient la non-atteinte de l'objectif visé par le fait que le calendrier vaccinal prévoit l'administration simultanée de plus d'un vaccin lors des visites prévues faisant en sorte que des parents refusent la vaccination ou préfèrent reporter une injection. Parfois, certains rendez-vous doivent être retardés à la demande des parents ou sont oubliés par ces derniers. Des difficultés sont également notées concernant la vaccination dans les petites municipalités où le service n'est pas offert à toutes les semaines. D'autres ont mentionné que les rendez-vous offerts par l'établissement sont insuffisants ou non adaptés à la clientèle. Enfin, des dossiers demeurés ouverts dans le système d'information I-CLSC, alors que les enfants ne résident plus sur le territoire, pourraient expliquer certains résultats plus faibles alors que la couverture vaccinale se situe à plus de 95 %.

Au cours de la dernière année, les CSSS ont mis en place (ou consolidé) les activités prioritaires prévues au Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec élaboré par l'INSPQ, soit :

1. Rappel à tous les parents de nouveau-nés de prendre le rendez-vous de vaccination à 2 mois.
2. Relance des enfants non vaccinés à l'âge de 2 mois à la suite d'un rendez-vous manqué.
3. Ajout de plages horaires.
4. Rappel en quatrième année du primaire pour formulaires non signés et relance pour enfants non vaccinés (formulaires signés).

L'implantation est plus complexe dans certains CSSS où parfois une seule infirmière est disponible pour accomplir plusieurs tâches (ex. : périnatalité, santé scolaire, soins à domicile, etc.). L'INSPQ procède par ailleurs à une évaluation de l'implantation des activités dans les CSSS.

* Vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et l'infection à *Haemophilus influenzae* de type b

Couverture vaccinale

Plus de 95 % des enfants âgés de 2 ans ont reçu les vaccins prévus au calendrier régulier d'immunisation.

En milieu scolaire, la couverture vaccinale a été évaluée pour les jeunes de la maternelle, de la quatrième année du primaire et de troisième secondaire. Entre 92,3 % et 99 % de ces jeunes ont reçu les vaccins prévus au calendrier régulier de vaccination.

Le programme de vaccination contre l'hépatite B en quatrième année du primaire est en vigueur depuis 1994. Plus de 93 % des élèves ont reçu les deux doses prévues au calendrier vaccinal (objectif : 90 %).

Enfin, concernant le programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) offert aux filles, plus de 92,8 % des jeunes filles de la quatrième année du primaire (objectif : 90 %) et 89,3 % de celles de troisième secondaire (objectif : 85 %) ont accepté la vaccination offerte.

Vaccination contre l'influenza saisonnière

En 2012, la campagne de vaccination menée par les établissements du réseau de santé nord-côtier a permis d'administrer plus de 23 000 doses de vaccin contre l'influenza saisonnière, soit 380 doses de moins que l'an dernier. Cependant, quelques établissements vaccinateurs n'avaient pas transmis leurs données au moment de la rédaction de ce rapport.

L'évaluation de la couverture vaccinale révèle que 90,8 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée (90,6 % l'an dernier), 55,9 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en milieu ouvert (54,8 % l'an dernier) et 66,9 % des travailleurs de la santé (56 % l'an dernier) ont été vaccinés cette année. L'objectif visé est de 80 %.

Manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une vaccination

La Direction de santé publique de la Côte-Nord a inscrit 32 déclarations de manifestations cliniques survenues après une vaccination au fichier provincial de surveillance en 2012. La majorité des manifestations présentées était bénigne et s'est résolue progressivement. À noter que près de 50 000 doses de vaccin sont administrées annuellement dans la région.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE - INFECTIONS NOSOCOMIALES

Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN)

La TRPIN, dont les travaux ont débuté en 2006, est une instance qui soutient le travail des équipes locales en prévention et contrôle des infections en favorisant l'harmonisation des pratiques, en permettant le partage d'outils et l'échange sur des problématiques particulières. Elle a également le mandat d'adresser tout enjeu régional majeur au président-directeur général de l'Agence.

Au cours de la dernière année, la TRPIN s'est assurée de la participation des nouvelles infirmières en PCI, titulaires d'un poste, à la formation de base « Introduction à la PCI » de l'Université de Sherbrooke. Elle a effectué la promotion des colloques et autres formations incontournables pour ses membres ou représentants des domaines connexes (ex. : colloque annuel de l'Association des infirmières en PCI, formation en ligne sur le retraitement des dispositifs médicaux). Les membres de la TRPIN ont également procédé au bilan final d'implantation du « Plan d'action en prévention des infections nosocomiales 2009-2012 ». Un taux d'implantation final de 83 % témoigne de l'engagement du réseau envers la PCI et démontre que tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les infections nosocomiales doivent maintenir la garde afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins aux patients. Pour ce faire, le nouveau plan d'action régional et local, rédigé en continuité avec le plan précédent ainsi qu'avec le plan provincial, a été approuvé par les conseils d'administration des CSSS de la région et celui de l'Agence. Il propose les activités à déployer dans les CSSS de la région et à l'Agence pour les trois prochaines années, soit 2012 à 2015.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis		
Indicateur	**Résultat 2011-2012**	**Engagement 2012-2013**	**Résultat 2012-2013**
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au *Clostridium difficile*	100 % (2/2)	100 % (2/2)	100 % (2/2)
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline	100 % (2/2)	100 % (2/2)	50 % (1/2)
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Engagement régional 1 : 100 % (2/2) des établissements visés par les programmes de surveillance provinciale des infections nosocomiales

Sur la Côte-Nord, deux établissements répondent aux critères de participation de deux des trois programmes de surveillance obligatoire visés par la planification stratégique, soit la surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) et des bactériémies à *Staphylococcus aureus* incluant le *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM).

DACD - Analyse
Les deux établissements visés ont maintenu leur taux d'infections nosocomiales à *C. difficile* inférieur aux seuils établis. Au cours de l'année 2012-2013, chaque CSSS a rapporté entre zéro et deux cas de DACD nosocomiale par période et aucune éclosion n'a été signalée à la Direction de santé publique.

Bactériémies à *S. aureus* (incluant le SARM) - Analyse
Un des deux établissements obtient un taux supérieur au seuil établi de 0,56 par 10 000 jours-présence, soit 0,72. Toutefois, pour cet établissement de moins de 100 lits (donc avec un faible nombre de jours-présence), les taux peuvent fluctuer de façon importante d'une période à l'autre. Ainsi, un seul cas d'infection dans cet hôpital peut entraîner un taux d'incidence élevé, alors que la situation est sous contrôle. En effet, une analyse détaillée des données de l'établissement permet d'exclure une situation problématique dans ce CSSS, puisque seulement deux bactériémies nosocomiales à *S. aureus* sont survenues au cours de l'année 2012-2013, et ce, de façon isolée (P5 et P12).

Engagement régional 2 : Adoption (Agence et CSSS) du plan d'action régional et local en prévention et contrôle des infections nosocomiales découlant du Plan d'action ministériel 2010-2015

Le Plan d'action régional et local en prévention et contrôle des infections nosocomiales 2012-2015 a été diffusé dans les CSSS de la Côte-Nord en janvier 2013. Au 31 mars 2013, le plan a été adopté par le conseil d'administration des sept CSSS ainsi que par celui de l'Agence. Un suivi régulier des travaux d'opérationnalisation des activités inscrites au plan est effectué par la Direction de santé publique.

FORMATION

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Deux formations de l'INSPQ relatives à la lutte aux ITSS ont été données à Sept-Îles et à Baie-Comeau au printemps 2012. Une première formation sur la sexualité et les drogues chez les jeunes en difficulté a rejoint 40 participants. Le but était d'habiliter les intervenants jeunesse à promouvoir chez les jeunes en difficulté l'adoption de comportements responsables et sécuritaires par rapport à la sexualité et à la consommation d'alcool et de drogues dans le but de prévenir les ITSS et les grossesses précoces.

Une deuxième formation sur l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une ITSS et auprès de leurs partenaires (IPPAP) a rejoint onze participants. Le but était, notamment, de situer l'intervention préventive dans les stratégies de luttes aux ITSS comme mesure de protection de la santé publique et d'outiller les professionnels pour la réalisation de l'intervention préventive.

Gestion des produits immunisants

À l'instar des autres régions, la première étape du déploiement de PANORAMA-QUÉBEC, soit le système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI), visait le volet de la gestion des produits immunisants (GPI). L'objectif est d'optimiser l'utilisation des produits immunisants et d'assurer leur traçabilité. Une tournée régionale a été effectuée afin de former les intervenants ciblés dans les CSSS (infirmières, agentes administratives, assistants techniques en pharmacie).

BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE

Au cours de l'année, le Service des maladies infectieuses a produit et publié deux bulletins « Contamine-Action ». Ces bulletins sont disponibles sur le site Internet de l'Agence.

Surveillance et évaluation

Voici les principales activités réalisées en 2012-2013 :

- Dans le cadre de la quatrième enquête de santé régionale « Enquête Santé Côte-Nord », des travaux ont été effectués en vue de la diffusion des principaux résultats du sondage téléphonique par la firme Léger Marketing qui a eu lieu entre mai et août 2011. Les rapports finaux ont été remis par cette firme en septembre 2012. Les faits saillants ont été diffusés au cours de l'année. D'autres travaux ont également été réalisés à la suite de cette enquête :
  - Validation de la banque de données;
  - Révision approfondie de la première version des rapports finaux (un rapport régional et un rapport par RLS);
  - Présentation des principaux résultats à certaines instances du réseau nord-côtier de la santé et des services sociaux;
  - Élaboration d'un document de travail analysant les principaux indicateurs de l'enquête en fonction de diverses caractéristiques de la population nord-côtière et des réseaux locaux.
- Production de quatre numéros de « La santé recherchée » et quatre autres de « La santé recherchée : en bref » sur les habitudes de vie des jeunes du secondaire de la Côte-Nord à partir des données de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011.
- Cancer : Rédaction d'une version préliminaire d'un état de situation régional et par RLS, dont la diffusion est prévue au cours de l'année 2013-2014.
- Mise à jour de plusieurs fichiers du système d'information de surveillance de l'état de santé de la population nord-côtière.
- Réponses aux demandes *ad hoc* en surveillance formulées par des professionnels de l'Agence et des établissements du réseau nord-côtier.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Qualité des services

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Tous les établissements de la Côte-Nord, à l'exception du CLSC Naskapi, déclarent les incidents ou les accidents survenus dans la prestation des soins et des services aux usagers. L'analyse de ces informations vise à diminuer la récurrence et à améliorer la qualité des soins et des services. De plus, ces données servent à constituer un registre local ainsi qu'à alimenter le registre national sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. Pour ce qui est du CLSC Naskapi, il est prévu qu'en 2013, les intervenants sur place participent à une formation afin d'être en mesure d'identifier les incidents ou accidents survenant dans leur établissement.

Au cours de la dernière année, l'Agence a participé aux rencontres de la Table des répondants principaux de la qualité, animées par le MSSS, permettant ainsi de soutenir les établissements du réseau nord-côtier dans ce dossier.

À l'automne 2012, une formation de deux jours, en gestion des risques, a été organisée pour la région. Cette dernière a été offerte à Sept-Îles à l'intention des gestionnaires de risques et des membres des comités de gestion de risques.

AGRÉMENT

L'agrément constitue la reconnaissance par une autorité externe compétente qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction des meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services. En participant au programme d'agrément, un organisme démontre clairement sa volonté d'offrir des soins et des services de qualité ainsi que son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

En 2012-2013, les CSSS de Port Cartier et de la Minganie, et le CPRCN ont été agréés ou leur agrément a été renouvelé.

SUIVI DES RAPPORTS DU CORONER

Au cours de l'année, les coroners ont émis des recommandations dans leurs rapports d'enquête et ont fait part de certaines attentes envers le réseau de la santé.

En 2012-2013, l'Agence a entrepris les démarches suivantes :

- À la suite du rapport d'investigation du coroner Bernard Lefrançois, relativement à un décès survenu en 2010 à Chute-aux-Outardes, l'Agence a transmis la recommandation au comité d'évaluation de l'acte médical du CSSS de Manicouagan pour qu'il fasse la révision de ce dossier, afin d'assurer l'analyse des actes médicaux posés et qu'il formule, si nécessaire, des recommandations au conseil d'administration de l'établissement. Ce dossier est toujours à l'étude.

- Pour répondre à la recommandation du coroner Michel Trudeau à la suite d'un décès en 2011 et à la demande du MSSS, l'Agence a transmis le rapport aux établissements de la région pour s'assurer que les systèmes de prévention des chutes « SMART » soient installés selon les recommandations du fabricant.
- En mai 2012, à la suite d'un décès survenu à Sept-Îles en 2011, l'Agence a adressé une lettre au CSSS de Sept-Îles afin de réitérer l'importance que des services psychosociaux soient accessibles lors de l'attente ou de l'annonce d'un diagnostic de cancer.
- En réponse à une demande du MSSS qui fait suite au rapport du coroner Michel Ferland, des recommandations et un plan d'action du CSSS Jardins-Roussillon sur l'utilisation des mesures de contention ont été transmis à tous les établissements de la Côte-Nord afin qu'ils puissent s'en inspirer.

PRIX D'EXCELLENCE

Les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux sont une tradition depuis plus de 30 ans. Le MSSS veut souligner les initiatives des gens de cœur et d'action qui mettent à profit leur sens de l'innovation et leur leadership pour améliorer de façon significative la qualité des soins et des services offerts à la population québécoise. Deux candidatures de la Côte-Nord ont été transmises au jury national, soit celles soumises par l'Association des aidants naturels de la Côte-Nord et par le CSSS de Sept-Îles pour la mise sur pied de son service d'hémodialyse. Malgré le fait qu'ils n'ont pas été récipiendaires, les deux organisations méritent notre reconnaissance pour le dynamisme et le dévouement dont ils font preuve envers la communauté. Les projets soumis démontrent à quel point nos intervenants sont animés par la recherche de l'excellence et le désir d'innover. Ces réalisations régionales ont un impact indéniable sur la santé et les conditions de vie des Nord-Côtiers.

Traitement des plaintes

Le régime d'examen des plaintes se veut un des outils pour améliorer la qualité des services et assurer le respect des droits des usagers. L'expression d'une plainte est une occasion de valider les pratiques et de proposer des mesures pour les améliorer, le cas échéant.

Le nombre de plaintes reçues par les commissaires (local et régional) au cours du dernier exercice budgétaire est demeuré stable. Il en est de même pour les plaintes adressées aux médecins examinateurs qui évoluent autour d'une moyenne annuelle d'environ 30.

Tableau 21 - Évolution du bilan régional des dossiers de plaintes

Exercice	Commissaire		Médecin examinateur		Transmis en deuxième instance	
	Plainte		Plainte			
	Reçue	Conclue*	Reçue	Conclue*	Protecteur du citoyen	Comité de révision
2012-2013	245	237	31	32	3	2
2011-2012	244	236	33	32	1	3
2010-2011	199	200	30	38	7	1

* Le nombre de plaintes conclues tient compte de celles reçues et en cours d'examen en début d'exercice.

À l'échelle régionale, la majorité des plaintes examinées par les commissaires est traitée à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la loi (84 %), alors que pour les médecins examinateurs, les délais de traitement sont supérieurs dans la majorité des cas (67 %).

Tableau 22 - Délai d'examen des plaintes

Délai	Commissaire		Médecin examinateur	
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)
1 à 45 jours	199	84	9	33
46 à 90 jours	27	11	11	41
91 jours et plus	11	5	7	26
TOTAL	237	100	27	100

Le tableau suivant présente le bilan des plaintes reçues et traitées par les commissaires et les médecins examinateurs au cours de l'exercice 2012-2013 par établissement. On constate que le CSSS de Sept-Îles a reçu un total de 120 plaintes, ce qui représente plus de 43 % du volume régional.

Tableau 23 - Bilan des dossiers de plaintes par établissement

Établissement	Commissaire		Médecin examinateur	
	Plainte		Plainte	
	Reçue	Conclue*	Reçue	Conclue*
CSSS de la Haute-Côte-Nord	18	14	1	0
CSSS de Manicouagan	38	36	6	8
CSSS de Port-Cartier	10	11	3	2
CSSS de Sept-Îles	106	105	14	14
CSSS de la Minganie	12	12	5	5
CSSS de la Basse-Côte-Nord	26	26	1	2
CSSS de l'Hématite	15	13	1	1
CPRCN	16	15	0	0
Agence	4	5		
TOTAL	245	237	31	32

* Le nombre de plaintes conclues tient compte de celles reçues et en cours d'examen en début d'exercice.

L'accessibilité aux services (73) et les soins et services dispensés (69) regroupent 55 % des motifs d'insatisfaction contenus dans les différentes plaintes adressées aux commissaires locaux. Pour les plaintes dont le traitement a été complété, il est intéressant d'observer que dans plus de 38 % des cas (83/218), celles-ci s'accompagnent de mesures pour corriger ou améliorer la situation. Un niveau de traitement non complété indique que la plainte a été soit abandonnée par son auteur, soit refusée ou rejetée par le commissaire.

Tableau 24 - Motifs de plaintes (commissaires)

Motif de plainte*	Niveau de traitement			Total
	Traitement non complété	Traitement complété (total = 218)		
		Avec mesure	Sans mesure	
Accessibilité	11	22	40	73
Aspect financier	2	6	9	17
Droits particuliers	5	18	6	29
Organisation du milieu et ressources matérielles	6	9	19	34
Relations interpersonnelles	7	14	12	33
Soins et services dispensés	8	13	48	69
Autres	2	1	1	4
TOTAL	41	83	135	259

* Une plainte peut contenir plusieurs motifs d'insatisfaction.

Pour les médecins examinateurs, les principaux motifs d'insatisfaction se retrouvent dans la catégorie soins et services dispensés (24) avec 61 %. Le traitement des plaintes complété s'accompagne dans 46 % des situations (16/35) par la recommandation de mesures correctrices ou d'amélioration.

Tableau 25 - Motifs de plaintes (médecins examinateurs)

Motif de plainte	Niveau de traitement			Total
	Traitement non complété	Traitement complété (total = 35)		
		Avec mesure	Sans mesure	
Accessibilité	1	1	2	4
Droits particuliers	0	3	2	5
Relations interpersonnelles	0	2	4	6
Soins et services dispensés	3	10	11	24
TOTAL	**4**	**16**	**19**	**39**

Enfin, les commissaires (local et régional) ont réalisé plus de 215 activités complémentaires à l'examen des plaintes.

Tableau 26 - Autres fonctions des commissaires

Fonction	Nombre d'activités
Assistance	108
Collaboration au fonctionnement du régime de plaintes	47
Participation au comité de vigilance	18
Consultation	15
Intervention	14
Promotion-information	11
Communication au conseil d'administration	2
TOTAL	**215**

Santé et bien-être des hommes

En 2012-2013, les activités liées aux réalités masculines ont été concentrées sur deux enjeux principaux. D'abord, le colloque régional « S'ouvrir aux réalités masculines » qui a réuni plusieurs conférenciers de renom et permis de rejoindre plus de 75 intervenants sur tout le territoire de la Côte-Nord.

Puis, les membres de la Table régionale des réalités masculines ont débuté des travaux de planification stratégique sur les enjeux entourant les hommes.

Accès aux services en langue anglaise

L'Agence doit élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région. À la demande du ministre, l'Agence a procédé à la mise à jour complète de son programme qui a été adopté en février 2012 par le Conseil des ministres du gouvernement du Québec. Celui-ci a été introduit dans la région en 1989 et vise à faciliter l'accessibilité aux services à la population d'expression anglaise de la Côte-Nord. Cette année, un plan de communication et un plan d'action ont été préparés afin de faire connaître le programme et réaliser des actions concrètes visant à bien desservir la communauté anglophone.

Dans la région, huit établissements font partie du programme d'accès, soit six CSSS, le CPRCN et le CLSC Naskapi. Seul le CSSS de la Basse-Côte-Nord est tenu de rendre tous ses services accessibles en anglais et en français. Dans le cas des autres établissements, ils sont en mesure d'offrir certains services en anglais par le biais d'employés bilingues ou de personnes pouvant agir comme interprètes au besoin.

Un projet régional intitulé « Vaincre la barrière de la langue pour offrir des services de qualité à tous », financé par Santé Canada, s'est poursuivi pour une quatrième année consécutive. Une somme de 257 000 $ a été attribuée à la région sur une période de quatre ans dans le cadre de ce projet. Une ressource a été embauchée au CSSS de Sept-Îles afin d'agir comme interprète dans l'est de la région et soutenir les anglophones recevant des services dans cet établissement. Ce projet a permis d'améliorer les services en langue anglaise au sein des établissements qui desservent régulièrement une clientèle anglophone, soit les CSSS de Sept-Îles et de la Basse-Côte-Nord et le CPRCN. En lien avec ce projet, plusieurs traductions de documents en anglais ont aussi été réalisées.

Dans le cadre de l'Entente Canada-Québec, trois projets ont été présentés et acceptés pour la région en 2012-2013. Un montant de 45 000 $ a été octroyé cette année et permettra notamment d'améliorer l'accessibilité aux informations sur les services offerts en langue anglaise en Basse-Côte-Nord, assurer une réponse anglophone au service régional Info-Social et traduire divers documents s'adressant notamment à la population nord-côtière.

En vertu du Programme de formation linguistique de l'Université McGill, financé par Santé Canada, des formations en langue anglaise ont été offertes au personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Six groupes ont été formés pour un total de trente et une personnes. Un montant de 62 000 $ a été investi dans ce projet.

Enfin, le Programme de formation et de maintien en poste des professionnels de la santé de l'Université McGill s'est poursuivi pour la deuxième année consécutive. Deux établissements ont présenté des projets, soit les CSSS de la Basse-Côte-Nord et de Sept-Îles. Cette initiative a entre autres permis aux établissements de participer à divers salons de l'emploi et de soutenir financièrement des stagiaires et des nouveaux diplômés qui s'installent dans la région. Pour ce projet, la région a reçu 27 000 $.

CHAPITRE III

LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Équilibre budgétaire

L'équilibre budgétaire des établissements demeure un objectif prioritaire pour l'Agence. Un suivi est effectué tout au cours de l'exercice, en collaboration avec les établissements, pour réaliser cet objectif commun. Pour l'exercice 2012-2013, tous les établissements de la région avaient l'obligation d'atteindre l'équilibre budgétaire, puisqu'aucune cible déficitaire autorisée par le MSSS n'avait été accordée à la Côte-Nord.

Les CSSS de la Haute-Côte-Nord, de Sept-Îles et de la Minganie et le CLSC Naskapi n'ont pas été en mesure de respecter l'objectif de l'équilibre budgétaire pour l'exercice financier terminé au 31 mars 2013.

Les objectifs de réduction de dépenses au regard de la loi 100 ont été respectés en 2011-2012. L'analyse des résultats démontrait une position favorable de la région dans la poursuite du respect de la cible au terme de l'exercice 2013-2014. Cette année, les efforts se sont poursuivis dans une perspective d'optimisation afin de maintenir les économies déjà réalisées et d'en générer de nouvelles. À travers cette opération, les préoccupations de l'Agence à l'égard du maintien des services à la population demeurent constantes.

Le tableau qui suit témoigne des résultats finaux obtenus pour chaque établissement.

Tableau 27 - Situation budgétaire des établissements

	2012-2013			2011-2012		
	Revenu total ($)	Cible déficitaire autorisée ($)	Résultat ($)	Revenu total ($)	Cible déficitaire autorisée ($)	Résultat ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	20 802 543		(77 661)	20 178 465		71 464
CSSS de Manicouagan	78 843 921		24 371	79 911 017	(120 000)	649 416
CSSS de Port-Cartier	14 017 012		5 670	14 104 105		19 617
CSSS de Sept-Îles	77 376 194		(2 668 746)	75 235 670		742 080
CSSS de la Minganie	23 123 860		(465 146)	22 404 031	(358 000)	(520 820)
CSSS de la Basse-Côte-Nord	30 597 999		214 408	29 992 617		1 065 461
CSSS de l'Hématite	8 946 790		147 517	8 631 443		(329 923)
CLSC Naskapi	4 967 072		(95 583)	5 091 298		Équilibre
CPRCN	54 598 839		494 170	50 630 504		549
TOTAL	**313 274 230**		**(2 421 000)**	**306 179 150**	**(478 000)**	**1 697 844**

Fonds régionaux

IMMOBILISATIONS

Les investissements en immobilisations se répartissent en trois volets, soit le maintien d'actifs, les rénovations fonctionnelles mineures et les rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD.

Maintien d'actifs

Ce volet concerne les travaux de sécurité, de réparation et de vétusté ayant pour objet la sécurité des personnes et des biens ainsi que la conservation des immeubles. Ces travaux ponctuels sont financés par l'enveloppe régionale récurrente de maintien d'actifs immobiliers. Le maintien d'actifs porte plus particulièrement sur l'architecture extérieure et intérieure du bâtiment, les systèmes électriques et mécaniques ainsi que la conformité aux codes.

Pour les projets de maintien d'actifs, un montant de 8 458 331 $ a été réparti comme suit, pour l'exercice financier 2012-2013 :

Tableau 28 - Répartition du volet « maintien d'actifs »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	673 698
CSSS de Manicouagan	1 824 886
CSSS de Port-Cartier	212 839
CSSS de Sept-Îles	1 595 620
CSSS de la Minganie	658 591
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 648 874
CSSS de l'Hématite	352 848
CLSC Naskapi	44 278
CPRCN	393 925
Agence	206 940
Établissements de la Côte-Nord (réserve régionale pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	845 832
TOTAL	**8 458 331**

Rénovations fonctionnelles mineures

Ce volet touche les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services, la création de milieux de vie et de soins ainsi que la diminution des infections nosocomiales.

Pour les projets de rénovation fonctionnelle, un montant de 3 198 681 $ a été réparti comme suit, pour l'exercice financier 2012-2013 :

Tableau 29 - Répartition du volet « rénovations fonctionnelles mineures »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	131 517
CSSS de Manicouagan	338 053
CSSS de Port-Cartier	51 079
CSSS de Sept-Îles	336 915
CSSS de la Minganie	141 609
CSSS de la Basse-Côte-Nord	360 660
CSSS de l'Hématite	84 680
CLSC Naskapi	10 626
CPRCN	94 538
Agence	49 663
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour priorités régionales)	1 599 341
TOTAL	**3 198 681**

De plus, les établissements suivants ont reçu une contribution de la réserve régionale établie à 50 % de l'enveloppe :

Tableau 30 - Répartition de la réserve régionale 2012-2013 - Volet « rénovations fonctionnelles mineures »

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de Sept-Îles	Aménagement des locaux pour « Santé et sécurité au travail »	47 000
CSSS de la Minganie	Réaménagement du laboratoire (à l'étude au 31 mars 2013)	600 000
Agence	Frais de gestion	75 000
TOTAL		**722 000**
Solde non réparti		877 341
GRAND TOTAL		**1 599 341**

Rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD

Ce volet vise les travaux mineurs de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement permettant d'améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services ainsi que la création de milieux de vie et de soins en CHSLD.

Dans le cadre de ce programme, le MSSS a autorisé un montant de 377 000 $. En lien avec les recommandations effectuées à la suite des visites d'appréciation en CHSLD, l'Agence a priorisé le projet suivant :

Tableau 31 - Répartition du volet « rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD »

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de Manicouagan	Augmentation de la capacité en CHSLD à la résidence Boisvert	377 000
TOTAL		**377 000**

PROJETS RELIÉS AU DÉVELOPPEMENT NORDIQUE

Dans le cadre du développement nordique, le ministre annonçait, au printemps 2012, la réalisation de trois projets majeurs, soit la construction d'un nouveau dispensaire et d'une résidence pour les médecins à Schefferville, de même que des travaux de réaménagement aux installations du CSSS de l'Hématite à Fermont. À cet égard, l'Agence a reçu une allocation budgétaire de 7 028 000 $.

Tableau 32 - Projets reliés au développement nordique

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de l'Hématite	Dispensaire de Schefferville	5 494 000
	Résidence des médecins à Schefferville	540 000
	Réaménagement au CSSS de l'Hématite	994 000
TOTAL		**7 028 000**

De plus, le MSSS a autorisé la phase conception du projet de construction d'un nouveau CLSC dans la communauté de Kawawachikamach au bénéfice de la nation naskapie. L'enveloppe budgétaire fixée pour ce projet de construction est de 15 745 000 $. Considérant qu'il s'agit d'un projet centralisé, la Société immobilière du Québec (SIQ) a été désignée comme gestionnaire.

ÉQUIPEMENTS

Cette année, le MSSS a alloué une enveloppe non récurrente de 128 532 $ à l'Agence dans le but de répondre aux besoins en équipements dans le cadre de la consolidation de services.

Tableau 33 - Répartition de l'enveloppe consolidation de services - Volet « équipement médical »

Établissement (demande autorisée)	Montant ($)
CSSS de Manicouagan, projet télésanté ORL (complément de financement)	38 362
CSSS de Sept-Îles, projet télésanté ORL (complément de financement)	25 485
CSSS de Sept-Îles, moniteur d'accès vasculaire	22 102
CSSS de Sept-Îles, dialyseur et mobile de traitement d'eau	42 583
TOTAL (Réserve régionale engagée pour répondre aux besoins des établissements)	**128 532**

L'enveloppe réservée au maintien d'actifs prévoit un investissement permettant à l'établissement de continuer à offrir le même niveau de services à la population. Concrètement, cette enveloppe sert au remplacement ou au rehaussement du mobilier, de l'équipement non médical et de l'équipement médical.

Le MSSS a ainsi confirmé, pour 2012-2013, des enveloppes qui sont respectivement de 3 818 954 $ pour l'équipement médical et de 1 062 231 $ pour l'équipement non médical et mobilier.

Conformément aux directives du MSSS, un minimum de 90 % de l'enveloppe pour le volet « équipement médical » et de 95 % pour le volet « équipement non médical et mobilier » doit être distribué aux établissements publics de la région, au prorata de la valeur de remplacement de leurs actifs. Par conséquent, comme il est permis, l'Agence a donc constitué, à même les soldes résiduels de ces deux enveloppes, deux réserves en vue de pourvoir à des problématiques particulières.

Le financement disponible cette année pour constituer la réserve du volet « équipement médical » était de 401 995 $, tandis que celui pour la réserve du volet « équipement non médical et mobilier » était de 53 112 $.

Les tableaux suivants rendent compte de la répartition entre les établissements.

Tableau 34 - Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement médical »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	373 068
CSSS de Manicouagan	955 465
CSSS de Port-Cartier	95 784
CSSS de Sept-Îles	922 094
CSSS de la Minganie	362 135
CSSS de la Basse-Côte-Nord	376 667
CSSS de l'Hématite	272 630
CLSC Naskapi	21 226
CPRCN	37 890
Établissements de la Côte-Nord (réserve régionale pour situations d'urgence et imprévus)	401 995
TOTAL	**3 818 954**

Tableau 35 - Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement non médical et mobilier »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	74 378
CSSS de Manicouagan	258 358
CSSS de Port-Cartier	44 063
CSSS de Sept-Îles	250 851
CSSS de la Minganie	80 476
CSSS de la Basse-Côte-Nord	90 260
CSSS de l'Hématite	26 568
CLSC Naskapi	7 276
CPRCN	176 889
Établissements de la Côte-Nord (réserve régionale pour situations d'urgence et imprévus)	53 112
TOTAL	**1 062 231**

LOCATION D'ESPACE

Ce programme vise à permettre aux établissements non-propriétaires d'immeubles de disposer d'espace en location pour dispenser des services adéquats à la population. Il permet aussi de financer des travaux d'aménagement ou d'amélioration locative liés à un contrat de location.

Pour satisfaire aux obligations relatives à la location d'espace, un budget de 1 876 248 $ est nécessaire et il se répartit comme suit.

Tableau 36 - Répartition du budget de location d'espace

Établissement	Point de service et autres ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord	106 303
CSSS de Manicouagan	25 118
CSSS de Port-Cartier	28 775
CSSS de Sept-Îles	3 085
CSSS de la Minganie	188 014
CSSS de l'Hématite	16 771
CSSS de la Basse-Côte-Nord	107 693
CLSC Naskapi	
CPRCN	1 400 489
TOTAL	**1 876 248**

AUTORISATIONS D'EMPRUNTS

Dans le tableau qui suit figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le MSSS et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2013, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

Tableau 37 - Autorisations d'emprunts

Catégorie d'emprunt	Nombre d'autorisations d'emprunts temporaires en vigueur	Montant autorisé au 31 mars 2013 ($)	Montant réel emprunté au 31 mars 2013 ($)
Exploitation (autorisé par le MSSS)	4	13 500 000	12 225 619
Immobilisations - projets autofinancés (autorisé par l'Agence)	2	383 303	383 303
Immobilisations - projets autofinancés - économie d'énergie (autorisé par le MSSS)	3	3 309 807	3 309 807
TOTAL		**17 193 110**	**15 918 729**

Le montant maximal d'emprunts temporaires que l'Agence peut autoriser pour les dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation est de 1 210 000 $ (ce plafond ne concerne pas les projets d'économie d'énergie).

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la LSSSS. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Mallette, comptables agréés, a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada, et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Mallette, comptables agréés, peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général,

Gaétan Garon

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

MALLETTE

Mallette S.E.N.C.R.L.

229 boulevard La Salle
Baie-Comeau QC G4Z 1S7

Téléphone **418 296-9651**
Télécopie 418 296-8454
Courriel info.bcomo@mallette.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans au 31 mars 2013 et les états des résultats, des soldes de fonds et d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 juin 2013. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion avec réserve

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 10 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le service public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités pour l'exercice terminé à cette date.

Mallette s.e.n.c.r.l.

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Baie-Comeau, Canada
le 10 juillet 2013

---

[1] CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique n° 105323

L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX-XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes : Colonne 3 : R pour réserve O pour observation C pour commentaire			Colonnes 5, 6 et 7 : R pour réglée PR pour partiellement réglée NR pour non réglée			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Obligation envers les employés en congé parental et en assurance salaire	2010-11	R		R		
Contrat de location exploitation de l'immeuble de la SIQ	2010-11	R	Aucune car directive du MSSS			NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Rapport à la gouvernance						
La politique d'évaluation des employés n'est pas à jour et pas appliquée uniformément	2010-11	O	Le processus est en cours			NR
Les procès-verbaux de l'exercice ne comprennent pas de signature manuelle. Les noms sont inscrits de façon électronique	2012-13	O				

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

RÉSULTATS

FONDS D'EXPLOITATION

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS					
❖ Budget signifié	01	5 929 728	5 903 935	83 664	80 625
❖ (Diminution) ou augmentation du financement	02	301 346	321 108	440	
❖ Variation des revenus reportés - MSSS	03		(131 531)	39 268	(225)
❖ Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04	17 510	(3 184)		
Total des subventions du MSSS (L.01 à L.04)	05	6 248 584	6 090 328	123 372	80 400
AUTRES REVENUS					
Revenus de placements	06	28 593	22 291		
Revenus de type commercial	07	xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources					
❖ Ventes de services et recouvrements	08	92 892	87 575		
❖ Subventions - Gouvernement du Canada	09				
❖ Autres revenus	10	367 427	381 914	167 490	190 961
TOTAL DES REVENUS (L.05 à L.10)	11	6 737 496	6 582 108	290 862	271 361
CHARGES					
Salaires	12	3 310 587	3 349 855	112 040	158 248
Avantages sociaux	13	1 042 212	1 058 379	36 999	50 300
Charges sociales	14	461 393	468 901	16 637	24 543
Frais de déplacement et de représentation et dépenses CA	15	160 231	151 044	xxxx	xxxx
Services achetés	16	485 575	463 395	74 480	30 400
Publicité et communication	17	109 451	133 895	644	479
Loyers	18	360 495	358 216		
Location d'équipement	19	9 707	22 485	556	2 640
Fournitures de bureau	20	28 850	49 203	1 186	54
Dépenses de transfert	21			39 268	3 500
Entretien et réparations	22	151 076	215 649		
Frais financiers	23				
Créances douteuses	24				
Autres charges	25	109 565	63 988	9 052	1 197
Charges extraordinaires	26	xxxx	xxxx	2 051	2 361
TOTAL DES CHARGES (L.12 à L.26)	27	6 229 142	6 335 010	292 913	273 722
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 - L.27)	28	508 354	247 098	(2 051)	(2 361)
Renseignements à titre informatif seulement					
Contributions de l'avoir propre	29				
Transferts interfonds - En provenance					
❖ De fonds affectés	30			xxxx	xxxx
❖ Du fonds des activités régionalisées	31			xxxx	xxxx
❖ Du fonds de stationnement	32				
Transferts interfonds - Affectations					
❖ Au fonds d'immobilisations	33	(53 755)	(236 046)		
❖ Au fonds de stationnement	34	xxxx	xxxx		
❖ À d'autres fonds	35	(30 000)			
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.28 à L.35)	36	424 599	11 052	(2 051)	(2 361)

RÉSULTATS

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES — Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	3 739 800	3 158 351
Variation des revenus reportés - MSSS	02	(532 689)	(1 560 510)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03		
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05		
Revenus de placements	06	27 322	31 722
Revenus d'autres sources			
❖ Ventes de services et recouvrements	07	7 710	18 710
❖ Subventions - Gouvernement du Canada	08		
❖ Autres revenus	09	184 666	468 353
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.09)	10	3 426 809	2 116 626
CHARGES			
Salaires	11	1 357 237	734 805
Avantages sociaux	12	280 199	145 878
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	13	70 424	37 621
Charges sociales - Autres	14	120 751	59 314
Frais de déplacement et de représentation	15	96 187	85 982
Services achetés	16	532 451	857 916
Publicité et communication	17	28 378	23 314
Loyers	18		
Dépenses de transfert	19	68 621	100 510
Fournitures de bureau	20	13 673	8 134
Entretien et réparations	21	35 843	67 347
Créances douteuses	22		
Autres charges	23	117 374	80 548
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.23)	24	2 721 138	2 201 369
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 - L.24)	25	705 671	(84 743)
Renseignements à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir propre	26		
Transferts interfonds - En provenance			
❖ Du fonds d'exploitation	27	30 000	25 715
❖ Du fonds des activités régionalisées	28	13 493	
❖ De fonds affectés	29	23 831	45 751
Transferts interfonds - Affectations			
❖ Au fonds d'exploitation	30		
❖ Au fonds des activités régionalisées	31	(13 493)	
❖ A des fonds affectés	32		
❖ Au fonds d'immobilisations	33	(444 039)	(424 974)
Autres transferts interfonds	34		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir propre et transferts interfonds (L.25 à L.34)	35	315 463	(438 251)

RÉSULTATS

FONDS D'IMMOBILISATIONS

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la Santé et des Services sociaux			
❖ Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	1 786 113	163 770
❖ Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	920 396	1 069 711
❖ Autres subventions	03	(8 254)	
Revenus de placements	04		
Gains sur dispositions d'immobilisations	05		70 274
Amortissement des revenus reportés			
❖ Subventions - Gouvernement du Canada	06		
❖ Autres contributions et dons	07		
Autres revenus	08		
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	2 698 255	1 303 755
CHARGES			
Frais financiers			
❖ Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	10	923 520	1 074 733
❖ Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
❖ Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12	2 630	2 436
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
❖ Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13		56 000
❖ Services achetés	14	158 781	75 000
❖ Entretien et maintien des actifs	15	11 185	637 062
❖ Autres charges non capitalisées	16		
Amortissement des immobilisations	17	733 675	712 618
Pertes sur dispositions d'immobilisations	18		
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.18)	19	1 829 791	2 557 849
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.19)	20	868 464	(1 254 094)

Renseignements à titre informatif seulement			
Contributions en provenance du			
❖ Fonds d'exploitation - Activités principales	21	53 755	236 046
❖ Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	22		
❖ Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	23		
❖ Fonds des activités régionalisées	24	444 039	424 974
❖ Fonds affectés	25	11 772	593 074
❖ Fonds de stationnement	26		
Contributions affectées à d'autres fonds	27		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.20 à L.27)	28	1 378 030	

RÉSULTATS

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	15 427 579	15 764 789
Crédits régionaux	02	45 500	
Variation des revenus reportés - MSSS	03	(45 500)	
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		
FINESSS	05	1 128 149	1 123 097
Revenus de placements	06	34 685	31 579
Revenus d'autres sources			
❖ Subventions - Gouvernement du Canada	07		
❖ Autres revenus	08	2 055 528	1 883 097
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	18 645 941	18 802 562
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	17 160 358	16 449 918
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation			
Salaires	13	197 580	178 233
Avantages sociaux	14	20 611	27 752
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15	5 407	8 638
Charges sociales - Autres	16	9 999	5 754
Frais de déplacement et de représentation	17	13 722	17 147
Services achetés	18	84 964	41 424
Location d'équipement	19		2 802
Fournitures de bureau	20	186	244
Autres charges	21	1 368 780	1 311 240
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.21)	22	18 861 607	18 043 152
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.22)	23	(215 666)	759 410

SOLDE DE FONDS

FONDS D'EXPLOITATION

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Activités principales 1	Avoir propre 2	Exercice courant (C 1 + C 2) 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	247 098	482 146	729 244	720 553
ACTIVITÉS PRINCIPALES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	508 354		508 354	247 098
Transferts interfonds - En provenance					
❖ De fonds affectés	03	xxxx			
❖ Du fonds des activités régionalisées	04	xxxx			
❖ Du fonds de stationnement	05	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
❖ Au fonds d'immobilisations	06	xxxx	(53 755)	(53 755)	(236 046)
❖ À d'autres fonds	07	xxxx	(30 000)	(30 000)	
ACTIVITÉS ACESSOIRES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	08	xxxx	(2 051)	(2 051)	(2 361)
Transferts interfonds - En provenance					
❖ Du fonds de stationnement	09	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
❖ Au fonds d'immobilisations	10	xxxx			
❖ Au fonds de stationnement	11	xxxx			
❖ À d'autres fonds	12	xxxx			
AUTRES ÉLÉMENTS					
Libération de surplus	13				
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	14	xxxx			
Autres	15	29 778		29 778	
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	538 132	(85 806)	452 326	8 691
Redressements demandés par le MSSS	17				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	785 230	396 340	1 181 570	729 244

SOLDE DE FONDS

FONDS D'IMMOBILISATIONS
FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01			732 158	1 178 508
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	868 464	(1 254 094)	705 671	(84 743)
Transferts interfonds - En provenance					
❖ Du fonds d'exploitation	03	53 755	236 046	30 000	25 715
❖ Du fonds des activités régionalisées	04	444 039	424 974	13 493	
❖ De fonds affectés	05	11 772	593 074	23 831	45 751
❖ Du fonds de stationnement	06			xxxx	xxxx
Transferts interfonds - Affectations					
❖ Au fonds d'exploitation	07				
❖ Au fonds des activités régionalisées	08			(13 493)	
❖ À des fonds affectés	09				
❖ Au fonds d'immobilisations	10	xxxx	xxxx	(444 039)	(424 974)
Autres transferts interfonds	11				
Contribution de l'avoir propre	12				
Autres additions (déductions)	13				(8 099)
Variation de l'exercice (L.02 à L.13)	14	1 378 030		315 463	(446 350)
Redressements	15			315 464	
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.14 + L.15)	16	1 378 030		1 363 085	732 158

SOLDE DE FONDS

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 808 110	1 710 222
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	(215 666)	759 410
Transferts interfonds - En provenance			
❖ Du fonds d'exploitation	03		
❖ Du fonds des activités régionalisées	04		
❖ De fonds affectés	05		
Transferts interfonds - Affectations			
❖ Au fonds d'exploitation	06		
❖ Au fonds des activités régionalisées	07	(23 831)	(45 751)
❖ À d'autres fonds affectés	08		
❖ Au fonds d'immobilisations	09	(11 772)	(593 074)
Autres transferts interfonds	10		
Autres additions (déductions)	11		(22 697)
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(251 269)	97 888
Redressements	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 566 841	1 808 110

BILAN

FONDS D'EXPLOITATION
FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
Encaisse	01	1 850 545	1 537 780	2 177 555	2 506 401
Placements temporaires	02				
Débiteurs					
❖ MSSS	03	188 815	176 440	3 890 802	2 779 061
❖ FINESSS	04	xxxx	xxxx		
❖ Établissements publics	05	8 460	265	178 114	96 977
❖ Gouvernement du Canada	06				
❖ Créances interfonds	07				
❖ Autres débiteurs	08	217 449	192 080	53 275	52 936
Frais payées d'avance	09	40 937	45 752	52 652	600
Stocks de fournitures	10	19 931	73		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	739 372	726 712	59 636	59 636
Autres éléments d'actif	12		65 539		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	3 065 509	2 744 641	6 412 034	5 495 611
PASSIF					
Découvert bancaire	14				16 964
Emprunts temporaires	15				
Intérêts courus à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer					
❖ MSSS	17				
❖ Établissements publics	18	19 356	6 076	5 408	53 612
❖ Dettes interfonds	19			450 865	100 868
❖ Salaires courus à payer	20	461 147	398 603	18 013	18 180
❖ Fonds des services de santé (FSS) à payer	21	19 393	16 346		
❖ Autres créditeurs et charges à payer	22	448 340	511 436	32 974	198 130
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	769 330	761 527	164 078	88 531
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24				
Autres revenus reportés	25	166 373	321 409	4 377 611	4 287 168
Dettes à long terme	26				
Autres éléments de passif	27				
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	1 883 939	2 015 397	5 048 949	4 763 453
SOLDE DE FONDS	29	1 181 570	729 244	1 363 085	732 158
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	3 065 509	2 744 641	6 412 034	5 495 611

BILAN

FONDS D'IMMOBILISATIONS

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01		
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	9 511 839	9 519 324
Débiteurs			
❖ MSSS	04		8 254
❖ Gouvernement du Canada	05		
❖ Autres débiteurs	06	500 865	500 865
Frais payés d'avance	07		
Immobilisations	08	2 480 937	2 682 679
Subvention à recevoir - Réforme comptable	09	20 133 350	21 020 743
Frais reportés liés aux dettes	10	57 917	55 679
Autres éléments d'actif	11		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.11)	12	32 684 908	33 787 544

PASSIF			
Découvert bancaire	13	7 631	
Emprunts temporaires	14	9 739 057	10 251 006
Intérêts courus à payer	15	116 681	112 058
Salaires courus à payer	16		
Fonds des services de santé (FSS) à payer	17		
Créditeurs et autres charges à payer	18		
Passif au titre des avantages sociaux futurs	19		
Avances de fonds en provenance des agences et des établissements publics	20		
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	21		
Autres revenus reportés	22	400 000	400 000
Passifs environnementaux	23		
Dettes à long terme	24	21 043 509	22 958 941
Autres éléments de passif	25		65 539
TOTAL DU PASSIF (L.13 à L.25)	26	31 306 878	33 787 544

SOLDE DE FONDS	27	1 378 030	
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26 + L.27)	28	32 684 908	33 787 544

BILAN

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	2 036 245	2 752 574
Placements temporaires	02		
Débiteurs			
❖ MSSS	03	237 584	238 277
❖ FINESSS	04		
❖ Établissements publics	05		
❖ Gouvernement du Canada	06		
❖ Créances interfonds	07	350 000	
❖ Autres débiteurs	08	43 390	24 390
Frais payés d'avance	09		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	9 598	11 088
Placements de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	2 676 817	3 026 329

PASSIF			
Découvert bancaire	14		
Emprunts temporaires	15		
Intérêts courus à payer	16		
Créditeurs et autres charges à payer			
❖ Établissements publics	17	279 995	240 134
❖ Organismes	18	1 231	343
❖ Dettes interfonds	19		
❖ Salaires courus à payer	20	386	543
❖ Fonds des services de santé (FSS) à payer	21		
❖ Autres créditeurs et charges à payer	22	687 323	879 698
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	10 456	9 598
Revenus reportés - MSSS	24	111 723	68 723
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	25		
Autres revenus reportés	26	28 862	19 180
Autres éléments de passif	27		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	1 119 976	1 218 219

SOLDE DE FONDS	29	1 556 841	1 808 110
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	2 676 817	3 026 329

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ENVELOPPE RÉGIONALE			
❖ Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2012-2013 inscrit dans le système SBF-R	01	302 986 875	292 975 653
AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
❖ Allocations aux établissements	02	271 446 077	262 525 467
❖ Allocations aux organismes communautaires	03	10 657 401	10 345 991
❖ Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	334 105	473 775
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit au système SBF-R (L.02 à L.04)	05	282 437 583	273 345 233
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	06	18 533 734	17 800 140
Autres montants des allocations affectées			
Programme d'externat en soins infirmiers OIIQ	07	5 700	5 700
	08		
	09		
TOTAL DES AFFECTATIONS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE (L.05 à L.09)	10	300 977 017	291 151 073
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS AVANT PRÉVISION DES COMPTES À PAYER (L.01 - L.10)	11	2 009 858	1 824 580
COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R			
Pour les établissements publics			
❖ Comptes à payer signifiés	12	(381 094)	408 369
❖ Comptes à payer non signifiés	13		
Pour les organismes autres que les établissements publics			
❖ Comptes à payer signifiés	14	1 986 496	969 401
❖ Comptes à payer non signifiés	15		
TOTAL - COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R (L.12 à L.15)	16	1 605 402	1 377 770
COMPTES À FIN DÉTERMINÉE REPORTÉS À L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE L'EXERCICE SUBSÉQUENT	17		446 810
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS (L.11 - L.16 - L.17)	18	404 456	

Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 1er janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la LSSSS (chapitre S-4.2). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Baie-Comeau (691, rue Jalbert).

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- Les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation numéro 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du MSSS ou d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada sont constatées et

comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'Agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence. Cela est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'Agence, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'elle en est informée.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'Agence comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours de l'exercice 2012-2013.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaisse lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée (avant le 1er avril 2008)	Durée (après le 1er avril 2009)
Améliorations locatives	10 ans	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Développement informatique	5 ans	5 ans
Équipement informatique	3 ans	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans	Sans objet
Mobilier et équipement de bureau	5 ans	5 ans
Équipement de communication multimédia	Sans objet	5 ans
Autres équipements : autre mobilier, équipement médical et de transport	Sans objet	12 ans, 15 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

Stock

Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

En vertu de la LSSSS, le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis, puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : Regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations : Regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées et pour les activités des fonds affectés de l'Agence sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.
- Le fonds des activités régionalisées : Fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés : Fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le fonds de santé au travail : Fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la CSST. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la LSSSS (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS.

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

NOTE 3 - MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir - MSSS	166 001	148 491
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	176 742	148 491
Charges - Avantages sociaux	28 251	(3 184)
Subventions - MSSS	17 510	(3 184)

Subventions (transferts) gouvernementales

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si une agence octroie une subvention, elle doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où une agence est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), elle doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les agences bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- Lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- Lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des agences qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Cela est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable a pour effet d'augmenter (de diminuer) les postes suivants :

	2013	2012
Revenus reportés	(345 242)	(345 242)
Subventions provenant du : (Ajustement présenté au solde de fonds comme redressement)		
❖ MSSS	315 464	315 464
❖ Agences		
❖ Autres entités du périmètre comptable du gouvernement du Québec	29 778	29 778
❖ Gouvernement du Canada		
❖ Autres		

Les données comparatives n'ont pas été retraitées.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement - Réforme comptable

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2013
Subventions à recevoir - Immobilisations - Écart de financement - Réforme comptable	892 015
Subventions - Gouvernement du Québec	892 015
Surplus (Déficit) de l'exercice	1 197 664

NOTE 4 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la LSSSS (chapitre S-4.2), l'Agence a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectés.

Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

		Réel 1	Budget 2
PRODUITS			
Subventions du MSSS			
❖ Budget signifié	01	5 929 728	5 684 958
❖ (Diminution) ou augmentation du financement	02	301 346	386 705
❖ Variation des revenus reportés - MSSS	03		
❖ Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	04	17 510	
Total des subventions du MSSS (L.01 à L.04)	05	6 248 584	6 071 663
Revenus d'intérêts	06	28 593	18 000
Revenus d'autres sources			
❖ Recouvrements	07	92 892	89 666
❖ Ventes de services	08		
❖ Subventions du gouvernement fédéral	09		
❖ Autres subventions	10		
❖ Autres revenus	11	367 427	287 740
Total des produits (L.05 à L.11)	12	6 737 496	6 467 069
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	13	3 310 587	3 760 811
Avantages sociaux	14	1 042 212	752 742
Charges sociales	15	461 393	478 652
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses CA	16	160 231	170 767
Services achetés	17	485 575	511 170
Communications	18	109 451	169 576
Loyer	19	360 495	377 512
Location d'équipement	20	9 707	19 300
Fournitures de bureau	21	28 850	41 903
Transfert à des établissements	22		
Autres frais	23	260 641	232 073
Charges non réparties	24		
Transfert de frais généraux	25		
Total des charges d'exploitation et non réparties (L.13 à L.25)	26	6 229 142	6 514 506
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.12 - L.26)	27	508 354	(47 437)

NOTE 5 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée d'un montant maximal de 30 000 000 $ (2012 : 30 000 000 $) auprès de Financement Québec, à la moyenne des taux d'acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,05 %. Au 31 mars 2013, le solde utilisé est de 0 $ (2012 : 214 991 $).

De plus, l'Agence dispose d'une facilité de crédit au montant de 20 000 000 $ (2012 : 20 000 000 $) auprès d'une institution financière au taux variant entre le taux préférentiel diminué de 1,75 % et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, garanti par le MSSS, dont 9 746 688 $ sont utilisés en date du 31 mars 2013 (2012 : 10 036 015 $).

La convention de crédit a été renégociée en date du 19 mars 2013.

NOTE 6 - ÉVENTUALITÉS

L'Agence et le CSSS de la Basse-Côte-Nord ont reçu des réclamations de la part de deux médecins et leur famille et d'un dentiste, leur reprochant d'avoir causé la fin de leurs contrats d'emploi. Les réclamations à ce jour totalisent 2 755 000 $. À la date de préparation des états financiers, la direction estime qu'il n'y a aucune responsabilité ou somme qui serait due en vertu de cette réclamation.

NOTE 7 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 8 - ORGANISME NON CONSOLIDÉ SOUS CONTRÔLE DE L'AGENCE

L'Agence contrôle l'organisme Corélo inc. Cet organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes oeuvrant et bénéficiant de services dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec et est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'Agence, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et elle est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée aux 31 mars 2013 et 2012 et pour les exercices terminés à ces dates sont les suivants :

Situation financière	2013	2012
Actif à court terme	2 559 411 $	1 805 904 $
Actif à long terme	12 292 102	12 741 905
	14 851 513 $	14 547 809 $
Passif à court terme	1 481 783	1 084 659
Passif à long terme	7 244 661	8 192 155
	8 726 444 $	9 276 814 $
Actifs nets	6 125 069	5 270 995
	14 851 513 $	14 547 809 $

Résultats des activités	2013	2012
Produits provenant des établissements	3 124 817 $	2 955 280 $
Autres produits	151 628	162 776
	3 276 445	3 118 056
Total des charges d'opération	2 452 708	2 196 645
Gain sur cession d'immobilisations corporelles	30 337	-
Excédent des produits sur les charges	854 074 $	921 411 $

Évolution des actifs nets	2013	2012
Solde de début	5 270 995 $	4 349 584 $
Excédent des produits sur les charges	854 074	921 411
	6 125 069 $	5 270 995 $

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeurs aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 1 090 789 $ (2012 : 780 936 $).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif.

ANNEXE A

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

(Règlement n° 1 de 2002)

Codification permanente : **Reg-eth-01**

ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD

Le 19 novembre 2002

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les orientations et politiques élaborées par le ministre.

Elle a aussi pour objet :

1) d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;
2) d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de sa région en tenant compte des objectifs fixés par le ministre;
3) d'établir les plans d'organisation de services de son territoire et d'évaluer l'efficacité des services; la partie des plans d'organisation de services qui vise des services médicaux doit faire l'objet d'un avis de la Commission médicale régionale (CMR) et d'un avis du Département régional de médecine générale (DRMG);
4) d'allouer les budgets destinés aux établissements et d'accorder les subventions aux organismes communautaires et aux ressources privées agréées;
5) d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences d'hébergement agréées aux fins de subventions et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
6) de mettre en place des mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
7) d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
8) d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Pour la réalisation de ses mandats, l'Agence obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'Agence présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'Agence et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent Code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Agence adhèrent.

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.01, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'une agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement. De plus, l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

> *« 406. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée. »*

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'une agence peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les

implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'Agence et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 406 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui prévoit que les administrateurs de l'Agence doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord;

ATTENDU l'article 3.01 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'Agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement;

ATTENDU QUE l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité.

Les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- **Primauté des intérêts de la population à desservir;**
- **Distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'Agence, de favoriser la transparence au sein de l'Agence et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

   Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :

- traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'Agence, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;

b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;

c) « **Code** » désigne le présent Code;

d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;

f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;

g) « **Agence** » désigne l'Agence de la Côte-Nord.

III. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord

À cette fin, l'administrateur :

5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.

6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

10. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

11. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'Agence; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.

Neutralité

12. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisanes. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

13. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

14. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisanes.

15. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

16. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.

17. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

18. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

20. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discrétion

21. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

22. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.

23. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'Agence.

24. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

25. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

26. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'Agence et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou association.

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'Agence dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'Agence et de l'administration de tous les biens qu'elle possède ou dont elle a la garde.

27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

30. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

31. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

32. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'Agence et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le président-directeur général, le directeur de santé publique et les conflits d'intérêts

33. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique, sous peine de déchéance de sa charge ou de son congédiement, ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

34. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le président-directeur général ou le directeur de santé publique et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

35. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement ou une agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le président-directeur général ou le directeur de santé publique a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du président-directeur général et du directeur de santé publique

36. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'Agence et des devoirs de sa fonction. Cependant, il peut occuper un autre emploi, charge ou fonction, dans la mesure où le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorise. Lorsqu'une telle autorisation est accordée, le conseil d'administration doit en être informé.

Biens de l'Agence

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'Agence. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'Agence pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

    Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.

41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

42. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.

44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.

46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.

47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat

À cette fin, l'administrateur :

52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

53. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

54. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Agence, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

55. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux.

56. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

57. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

58. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'Agence. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

59. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

60. Le comité sur l'éthique et la déontologie décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

61. Au moment où il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

62. À la suite de son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

63. À la suite du rapport du comité sur l'éthique et la déontologie, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Si la décision est à l'effet que l'administrateur a contrevenu à une loi, un règlement ou au présent Code, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, transmet, pour décision finale, l'allégation, le dossier et ses recommandations au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

64. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif doit, sur réception de l'allégation, faire part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

Lorsque le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif arrive à la conclusion que l'administrateur a contrevenu à une loi, à un règlement ou au présent Code, il transmet sa recommandation au secrétaire général du Conseil exécutif qui décide de la sanction à imposer.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la révocation. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

Si la sanction proposée consiste en la révocation de l'administrateur, celle-ci ne peut être imposée que par le gouvernement.

VI. ENGAGEMENTS

65. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.

VII. LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

66. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX. CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

70. Par le présent Code, un comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autre que le président du conseil d'administration et le président-directeur général.

Le mandat de chacun de ces membres est d'une durée d'un an.

71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 69 du présent Code.

74. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.

75. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.

Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

76. Les fonctions du comité sont les suivantes :
a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;
b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;
c) Déterminer, à la suite d'une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;
d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

77. Le président-directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

XI. DISPOSITIONS FINALES

78. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration.

ANNEXE B

RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

Exercice 2012-2013

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	427 650	1 070	65 515	407	1 552	3	316 804	4 528			811 521	6 008
CSSS de Manicouagan	349 716	974	186 299	1 279	600 478	668	992 176	12 118			2 128 669	15 039
CSSS de Port-Cartier	113 346	597	40 034	263	22 575	20	137 942	1 210			313 897	2 090
CSSS de Sept-Îles	614 179	641	133 391	971	176 834	197	417 805	4 003			1 342 209	5 812
CSSS de la Minganie	341 283	485	80 868	117	24 284	25	646 573	5 724	38 001	88	1 131 009	6 439
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 031 119	424	19 159	34	28 125	51	3 392 834	5 856			4 471 237	6 365
CSSS de l'Hématite	234 634	117			26 717	28	887 354	2 118			1 148 705	2 263
CLSC Naskapi									1 109 159	2 189	1 109 159	2 189
TOTAL	**3 111 927**	**4 308**	**525 266**	**3 071**	**880 565**	**992**	**6 791 488**	**35 557**	**1 147 160**	**2 277**	**12 456 406**	**46 205**

Exercice 2011-2012

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord	385 686	984	61 012	386		1	272 271	3 651			718 969	5 022
CSSS de Manicouagan	388 427	780	176 000	772	559 630	643	895 946	11 575			2 020 003	13 770
CSSS de Port-Cartier	149 366	575	33 805	229	11 240	12	110 772	1 017			304 983	1 833
CSSS de Sept-Îles	621 535	615	121 655	892	125 863	143	345 744	2 966			1 214 797	4 616
CSSS de la Minganie	308 903	426	78 557	144	15 787	19	501 123	3 152	47 240	87	951 610	3 828
CSSS de la Basse-Côte-Nord	938 370	448	15 155	68	40 997	65	3 532 811	6 142			4 527 333	6 723
CSSS de l'Hématite	230 204	230			27 799	71	1 013 590	2 530			1 271 593	2 831
CLSC Naskapi									1 209 867	1 798	1 209 867	1 798
TOTAL	**3 022 491**	**4 058**	**485 984**	**2 491**	**781 316**	**954**	**6 672 257**	**31 033**	**1 257 107**	**1 885**	**12 219 155**	**40 421**

ANNEXE B
Page 1 de 1

ANNEXE C

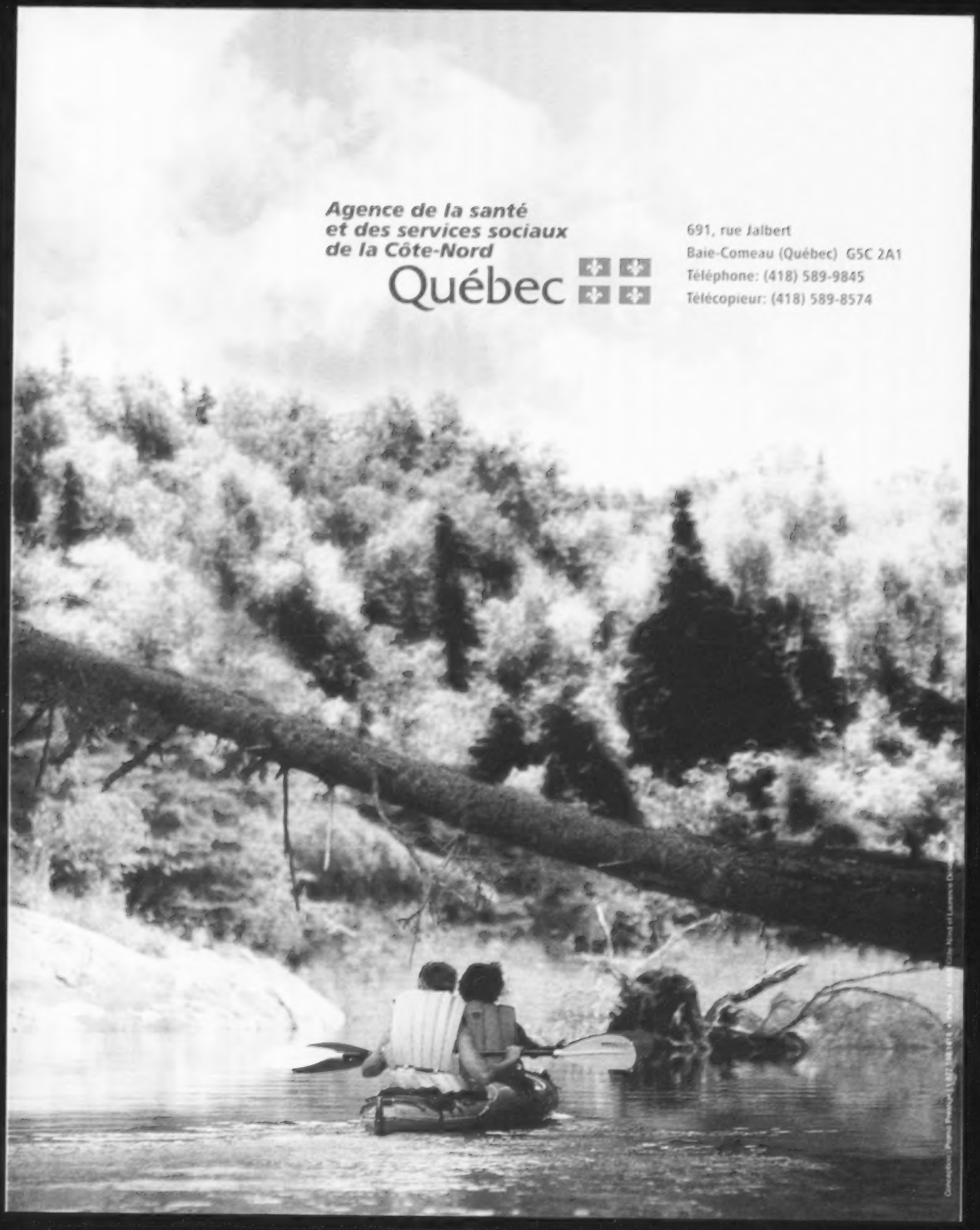
RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2012

RÉPARTITION DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE DÉCLARÉES EN 2012 SELON LE TERRITOIRE DE CSSS ET POUR LA RÉGION CÔTE-NORD

MALADIE	CSSS de la Haute-Côte-Nord	CSSS de Manicouagan	CSSS de Port-Cartier	CSSS de Sept-Îles	CSSS de la Minganie	CSSS de la Basse-Côte-Nord	CSSS de l'Hématite	CLSC Naskapi	TOTAL CÔTE-NORD 2012
Maladies entériques									
Amibiase	1		1						2
Gastro-entérite à *Yersinia entérocolitica*	1					1			2
Giardiase	1	5	1	4		3	1		15
Infection à *Campylobacter*	1	13	2	8				1	25
Listériose		2							2
Salmonellose	1	12	2	5	1				21
Shigellose	1	1							2
Toxi-infection alimentaire		1		1					2
Infections transmissibles sexuellement et par le sang									
Hépatite B (porteur chronique)		1	1						2
Hépatite C (sans précision)		2	4	5					11
Infection à *Chlamydia trachomatis*[1]	18	68	33	78	40	26	11	11	285
Infection gonococcique		1							1
Maladies évitables par la vaccination									
Coqueluche		2		1			3		6
Infection invasive à méningocoque				1					1
Infection invasive à *Haemophilus influenzae*	1			3	1				5
Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*	1	5	2	7	2			1	18
Autres									
Creutzfeldt-Jacob				1					1
Infection invasive à streptocoque du groupe A	2	2		2					6
Légionellose	1								1
Tuberculose		1			2				3
Tularémie	1	1							2
TOTAL	**30**	**117**	**46**	**116**	**46**	**30**	**15**	**13**	**413**

1. Dont un cas oculaire

Source : Registre provincial des MADO, Laboratoire de santé publique du Québec, région Côte-Nord, 1er janvier au 31 décembre 2012



Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord

Québec

691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone: (418) 589-9845
Télécopieur: (418) 589-8574